Atividade física no modelo de atenção primária à saúde

Atividade física nos modelos de atenção primária à saúde

Milena Pelosi Rizk Sperling

Sumário

Unidade 1 | Saúde contextualizada no Brasil **7**

Seção 1.1 - Saúde no Brasil e suas relações 9
Seção 1.2 - Atenção primária à saúde 21
Seção 1.3 - Modelo de gestão 35

Unidade 2 | Protocolos de avaliação física: aptidão física na atenção primária **55**

Seção 2.1 - Contextualizando aptidão física 57
Seção 2.2 - Instrumentos e protocolos de avaliação da atividade física e da aptidão física – inicial 73
Seção 2.3 - Instrumentos e protocolos de avaliação da atividade física e da aptidão física – avançando mais 87

Unidade 3 | Educação em saúde e exercícios físicos supervisionados para a promoção da atividade física na atenção primária **107**

Seção 3.1 - Educação em saúde 109
Seção 3.2 - Programa de exercício físico para grupos 123
Seção 3.3 - Dificuldades e desafios 135

Unidade 4 | Integralidade e interdisciplinaridade na busca de hábitos saudáveis **151**

Seção 4.1 - Mudança de hábitos 153
Seção 4.2 - Integralidade e Interdisciplinaridade 171
Seção 4.3 - Atuação profissional 187

Palavras do autor

Caro aluno, é uma grande satisfação tê-lo como aprendiz nesta disciplina e, assim sendo, esperamos conduzi-lo para que alcance os objetivos previstos ao longo do processo de ensino-aprendizagem.

Espera-se que você, como futuro profissional de educação física, conheça a importância da atividade física no contexto da atenção primária à saúde, pois esta é uma promissora área para atuação desse profissional.

Para que você realmente se envolva com esse tema, é muito importante o autoestudo, bem como assumir o compromisso de traçar os percursos propostos no processo de ensino-aprendizagem. Lembre-se: você é o protagonista neste processo!

Saiba que as competências a serem adquiridas por meio dos seus estudos preveem que você conheça o funcionamento do modelo de atenção primária à saúde e a sua relação com a atividade física e o exercício físico, e a partir disso espera-se que você:

- Conheça os aspectos relacionados à saúde coletiva e atividade física para atuar em postos de saúde e módulos de saúde da família.
- Desenvolva programas de atividade física e de exercícios físicos voltados para a atenção primária à saúde.

Ainda, para o desenvolvimento da disciplina, você irá trilhar por quatro unidades de ensino, são elas:

- Saúde contextualizada no Brasil.
- Protocolos de avaliação física: aptidão física na atenção primária.
- Educação em saúde e exercícios físicos supervisionados para a promoção da atividade física na atenção primária.
- Integralidade e interdisciplinaridade na busca de hábitos saudáveis.

Enfim, ao longo desse processo, pergunte-se sempre o que é relevante e como você pode aprender cada vez mais e melhor. Tenha compromisso com a sua própria formação profissional e seja proativo. Gerencie seu tempo de modo eficaz. Exercite sua autonomia!

Uma excelente caminhada!

Saúde contextualizada no Brasil

Convite ao estudo

Caro aluno, o início do estudo proposto apresenta a saúde contextualizada no Brasil (Unidade 1) que tratará de temas como a saúde no Brasil e suas relações, a atenção primária à saúde e o modelo de gestão em saúde coletiva.

Diante da competência técnica prevista, isto é, **conhecer os aspectos relacionados à saúde coletiva e à atividade física, para atuar em postos de saúde e módulos de saúde da família**, espera-se que você obtenha como resultado de aprendizagem o entendimento do **modelo de gestão relacionado à Estratégia de Saúde da Família (ESF)**.

Considere que você está assumindo seu primeiro emprego em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e lá, é demandado a sistematizar todo seu entendimento, perante toda a equipe de saúde, sobre a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no contexto das redes assistenciais do SUS. Nesse sentido, faz-se necessário que esteja claro para você o modelo de gestão em saúde aplicado a sua nova rotina de trabalho, ficando nítido o papel assumido pelo profissional de educação física.

Para isso, no decorrer desta unidade de ensino, trabalharemos as questões que envolvem uma unidade básica de saúde no contexto da estratégia de saúde da família.

Na Seção 1.1 abordaremos a relação existente entre saúde no Brasil e ambiente, desenvolvimento, formação profissional e economia. Seguindo para a Seção 1.2, apresentaremos conceitos importantes relacionados à atenção primária à saúde, como: Declaração de Alma-Ata, seus valores, princípios

e elementos essenciais; estratégia de saúde da família; redes assistenciais do SUS. E, por fim, na Seção 1.3, trataremos do modelo de gestão em saúde coletiva, como: clínica ampliada; ampliação das ações de saúde coletiva em nível local; cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência; acolhimento e responsabilização; sistemas de cogestão; capacitação.

Seção 1.1

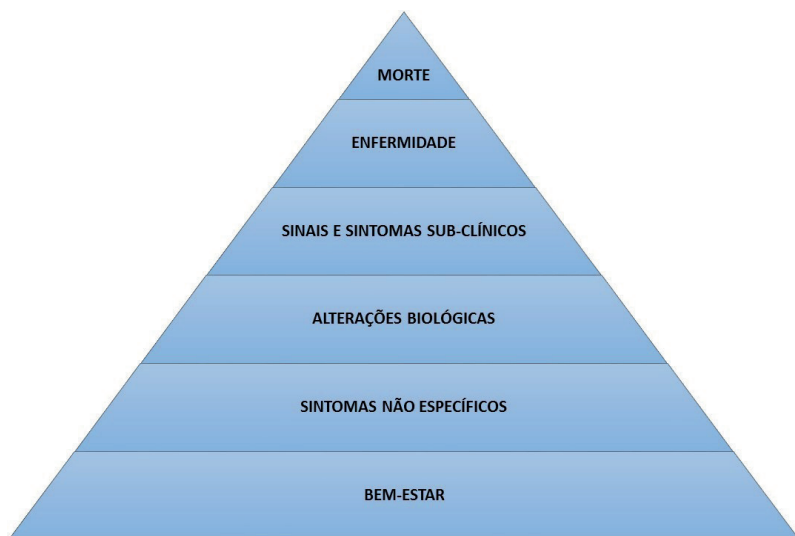
Saúde no Brasil e suas relações

Diálogo aberto

Você, como futuro profissional de saúde, atuante no SUS, deve compreender a saúde no seu sentido mais amplo, mais do que ausência de doenças, pressupondo suas possíveis relações com ambiente, desenvolvimento, formação do profissional e economia (financiamento da saúde). A partir disso, qual é o seu entendimento sobre a saúde e e a sua relação com os fatores citados?

Não pode faltar

Você já se perguntou "por que as pessoas adoecem? " ou, ainda, "por que adoecem de formas diferentes umas das outras?". Para que possa compreender o processo saúde-doença, você deve saber que a saúde humana é influenciada não apenas por fatores específicos, mas pela interação entre eles, de modo que também devemos compreender a saúde como um bem social inalienável. Para que você visualize e compreenda o processo saúde-doença, sugerimos a figura da pirâmide, na qual a saúde de uma determinada pessoa, ou até mesmo de uma população, pode ser compreendida em escala e não apenas a partir da visão bipolar entre saúde (bem-estar) e doença (enfermidade) – Figura 1.1.

Figura 1.1 | Figura esquemática representativa do processo saúde-doença

Fonte: adaptada de esquema inspirado em apresentação oral de Donna Mergler (MINAYO, 2012, p. 99).

Após o entendimento sobre saúde e doença como um processo contínuo, partimos para os aspectos influenciadores desse processo, como o AMBIENTE.

Apresentamos a você o conceito de "ambiente" assumido nessa discussão, entendendo que ele é construído pela ação humana. O entendimento de que os problemas ambientais influenciam na saúde humana não é de hoje, pois desde tempos remotos sugere-se a relação entre condições ambientais e saúde. Na antiguidade, os filósofos e sábios estabeleciam relações entre os movimentos na natureza (clima, fases da lua, chuvas, ventos) e as enfermidades. Na modernidade (séculos XVIII e XIX), a saúde passa a ser associada às condições de vida e de trabalho (lembremos os processos de industrialização e de urbanização naquela época, por exemplo), sendo os temas relativos à saúde e higiene incorporados às pautas de reivindicações dos trabalhadores, desenvolvendo um forte movimento denominado medicina social (primeira metade do século XIX), que entedia a concepção de saúde como resultante das condições de vida e ambientais. O movimento da medicina social entra em decadência (final do século XIX até metade do século XX) com o surgimento da revolução bacteriana, que trouxe benefícios

à humanidade, porém provocou retrocesso na medicina social, contribuindo para a visão restritiva biológica de entendimento sobre a saúde. As abordagens integradas sobre saúde e ambiente foram retomadas recentemente (final dos anos 1970), entendendo que não há desenvolvimento sustentável, aquele que satisfaz as necessidades do presente, sem prejudicar ou comprometer a capacidade e as necessidades de gerações futuras, sem se levar em conta os seres humanos e sua vida no ecossistema (MINAYO, 2012).

Exemplificando

Você pode perceber que existe uma estreita relação entre saúde e ambiente ao identificar fatores em potencial que podem contribuir para a precarização da saúde, como: falta de saneamento básico; água e alimentos de baixa qualidade; poluição do ar; uso desordenado de produtos químicos; manejo inapropriado do lixo; exposição a vetores e a doenças; condições insalubres de moradia. Somado a isso, ainda existem aqueles provocados por mudanças ambientais globais devido às crescentes intervenções humanas na natureza, tais como: práticas de cultivo intensivo de alimentos e monoculturas; uso crescente de fontes de energia mineral; contaminação por produtos químicos do ar, da água e do solo, provocando incidência de enfermidades como câncer, doenças cardiovasculares etc. (MINAYO, 2012, p. 84).

Dando continuidade ao entendimento sobre o processo saúde-doença, vamos discutir o conceito de DESENVOLVIMENTO, o qual assume caráter polissêmico, e quando se pensa em sua conexão com a saúde, devemos nos perguntar “a que desenvolvimento está se propondo refletir? ” e, ainda, “qual a direção, a intenção, o foco e os atores beneficiados pelo desenvolvimento mencionado?”. É importante que você saiba que, a inter-relação entre saúde e desenvolvimento é reafirmada no documento elaborado pela Comissão para os Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde, da OMS. Nesse documento critica-se um informe prévio da OMS elaborado pela Comissão de Macroeconomia e Saúde que explorou apenas aspectos econômicos da relação saúde e desenvolvimento, de forma utilitarista, pois “a saúde seria vista apenas como um recurso para o desenvolvimento econômico” e não se analisa que as condições socioeconômicas também podem determinar os resultados de

saúde de uma população (AKERMAN et al., 2012). O bem-estar de uma população é fruto tanto do desenvolvimento econômico quanto do desenvolvimento social. As melhorias das condições de saúde não dependem apenas do êxito das políticas de saúde, mas também da combinação entre desenvolvimento econômico e social, e da compatibilização entre economia de mercado, democracia e bem-estar coletivo. Determinantes sociais da saúde são assumidos como condições sociais e econômicas que influenciam a saúde dos indivíduos e das comunidades (VIANA; SILVA, 2011).

Pesquise mais

A Organização das Nações Unidas (ONU) realizou, no Rio de Janeiro, em 1992, a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, mais conhecida como Rio 92, referência à cidade que a abrigou. Os 179 países participantes da Rio 92 acordaram e assinaram a **Agenda 21** Global, um programa de ação baseado num documento de 40 capítulos, que constitui a mais abrangente tentativa já realizada de promover, em escala planetária, um novo padrão de desenvolvimento, denominado "desenvolvimento sustentável".

No link a seguir você terá acesso ao documento publicado pelo Ministério do Meio Ambiente a respeito da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, nele você encontrará, no capítulo 6, a temática **Proteção e promoção das condições da saúde humana**. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/agenda-21-global>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Após 20 anos decorridos da Rio 92, foi realizada no Rio de Janeiro a Conferência das Nações Unidas sobre desenvolvimento sustentável, a Rio+20, que contribuiu para definir a agenda do desenvolvimento sustentável para as próximas décadas. O documento produzido "**O futuro que queremos**" deixa claro que a saúde é pré-requisito e ao mesmo tempo resultante de um desenvolvimento que seja sustentável, além de ser um importante elemento de mensuração do desenvolvimento.

Reflita

Seguindo até aqui, desenvolvemos relações entre saúde, economia e desenvolvimento.

Associada à premissa de que "a relação entre saúde e desenvolvimento de um pais é multidimensional e multidirecional" (AKERMAN et al., 2012, p. 126), reflita: se a saúde das pessoas tem consequências no desenvolvimento social e econômico, as condições econômicas e sociais também podem influenciar na saúde das pessoas? De que forma?

Você deve estar se perguntando: por que devo entender conceitos das ciências do ambiente e de política para ser um futuro profissional de educação física? E ainda, o que esses temas têm a ver com o curso de graduação que escolhi? Calma, vamos continuar juntos nesse percurso que está sendo construído! Primeiramente, você deve compreender que a FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE passa por mudanças/transformações no ensino de graduação ao longo do tempo, principalmente porque o ensino em saúde deve estar o mais próximo possível das reais necessidades de saúde das pessoas/população. Sendo assim, a saúde coletiva, com todo seu vasto campo de ação, abre várias possibilidades de trabalho para os profissionais da área.

Especificamente para a atuação do profissional de educação física, os temas relacionados às necessidades sociais de saúde são tanto a promoção de saúde quanto a prevenção de doenças. Associado a isso, é importante que você saiba que o mercado de trabalho em saúde coletiva está em expansão, pois o SUS ainda não esgotou sua tarefa de extensão da cobertura para garantir acesso a todos os serviços necessários à população (AKERMAN; FEUERWERKER, 2012).

Você começa a descobrir que o profissional de educação física, incorporado à equipe básica de saúde da família, pode atuar como agente de transformação social neste processo em construção na saúde coletiva. Espera-se que sua atuação promova uma educação efetiva e permanente para a saúde, como meio eficaz para a conquista de estilos de vida saudáveis, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da população.

Agora que você aprendeu sobre ambiente, desenvolvimento e formação do profissional, todos eles relacionados à saúde,avançaremos, a seguir, na relação entre ECONOMIA E SAÚDE. Esta relação deve ser entendida como o ramo do conhecimento que otimiza as ações de saúde, bem como a distribuição dos recursos disponíveis, de forma a garantir à população uma melhor assistência à saúde. Para discutir essa temática, daremos destaque para o financiamento do sistema de saúde no Brasil (SUS), o qual conta com recursos das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), através de impostos e contribuições sociais da sociedade. O financiamento também pode ser privado, feito através de mensalidades pagas pelos clientes ou por empresas que financiam planos de saúde coletivos para seus funcionários (MENDES; MARQUES, 2012).

Ainda sobre o financiamento do SUS, é importante que você saiba que é a partir de um planejamento realizado pelo governo que se espera atingir uma melhor alocação e distribuição de recursos, utilizando para isso as informações obtidas com os diagnósticos epidemiológicos e identificação das necessidades de saúde da população. A grande questão relacionada ao problema de financiamento da saúde é que, mesmo com a vigência da **Emenda Constitucional 29,** ocorre o descumprimento da aplicação dos recursos da União e de grande parte dos estados. Associado a isso, só em 2005, 90.1% dos recursos destinados para o financiamento da saúde vieram das contribuições sociais, e atualmente correspondem a 70%, constituindo a principal fonte de financiamento do SUS (MENDES; MARQUES, 2012).

No Brasil, o sistema de saúde é formado por dois subsistemas que coexistem: o governamental (SUS) e o privado (assistência suplementar à saúde). Em termos operacionais, há entre eles o compartilhamento de profissionais de saúde e, em várias situações, dos serviços assistenciais. Crítica: no Brasil, os profissionais atuam livremente nos dois sistemas, o que impede a regulação desta atuação favorecendo o livre trânsito dos usuários entre eles, sendo o maior fluxo o do privado para o governamental, logo, empecilho para a efetivação de um sistema universal de saúde no Brasil (ELIAS; DOURADO, 2011).

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, representou uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável, além de regulamentar a progressividade do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), de reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.

No link a seguir, você terá acesso ao documento publicado pelo Conselho de Saúde referente à **Emenda Constitucional nº 29**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/emendaconstitucionaln29.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

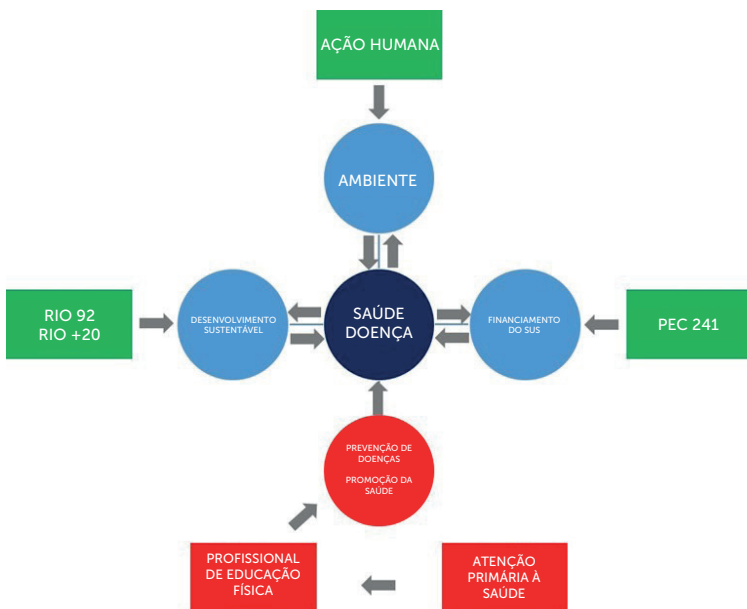
É importante que você saiba que, tanto a literatura quanto as experiências internacionais trazem evidências do fracasso das medidas de restrição de gasto público ou austeridade fiscal como estratégia de enfrentamento da crise e retomada do crescimento. Pelo contrário, cada vez mais são conhecidas experiências em que o reforço dos sistemas de proteção social gera maior rapidez na superação da crise, na retomada do crescimento e no combate ao desemprego.

A seguir, dois links sobre "os impactos negativos da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/2016 sobre o financiamento do SUS".

Neste link você terá acesso a um artigo publicado pelo Centro Brasileiro de Estados de Saúde (CEBES). Nele você encontrará uma crítica à aprovação da PEC 241. Disponível em: <http://cebes.org.br/2016/10/nota-de-repudio-sus-perdera-com-a-aprovacao-da-pec-241/>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Neste próximo link você terá acesso a um artigo publicado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Nele você encontrará a relação entre a PEC 241 e os impactos sobre os direitos sociais, a saúde e a vida. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/fiocruz-divulga-carta-pec-241-e-os-impactos-sobre-direitos-sociais-saude-e-vida>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Você pode retomar os conceitos-chave do conteúdo trabalhado nesta seção explorando a Figura 1.2. Nela você identifica como questão central o processo saúde-doença, bem como os principais fatores mapeados nessa ampla relação.

Figura 1.2 | Figura esquemática representativa do processo saúde-doença e seus macros determinantes

Fonte: elaborada pelo autor.

Sem medo de errar

Agora que vimos de forma mais detalhada alguns dos principais aspectos que impactam na saúde no Brasil, vamos retomar a nossa situação-problema, em que você deve dominar as relações entre saúde e: ambiente, desenvolvimento, formação do profissional e economia (financiamento da saúde), na sua aplicabilidade. O objetivo é sistematizar o seu entendimento sobre saúde, como futuro profissional de educação física, para atuar no SUS.

Para isso, é necessário que você, a partir do entendimento do conceito saúde-doença como um processo, identifique alguns aspectos do ambiente que podem estar influenciando a saúde humana de um determinado grupo, por exemplo. Lembre-se que os impactos na saúde podem variar, desde alguns sintomas não específicos, alterações biológicas, sinais subclínicos, enfermidades e, em última instância, até a morte.

Outro ponto de destaque, para reforçar seu entendimento a partir de uma visão ampliada sobre a saúde, diz respeito a um desenvolvimento que seja econômico e social, de modo indissociável. A partir disso, você deve elencar alguns determinantes sociais da saúde (condições sociais e econômicas que influenciam a saúde dos indivíduos e das comunidades) de um determinado grupo.

E, por fim, considerando que a área de saúde coletiva está em expansão, pois o SUS ainda não esgotou sua tarefa de extensão da cobertura (garantia de acesso a todos os serviços de que as pessoas necessitam), identifique as perspectivas relacionadas ao profissional de educação física incorporado à equipe básica de saúde da família.

Avançando na prática

Entendendo a realidade local

Descrição da situação-problema

A inserção do profissional de educação física na estratégia de saúde da família, intervindo na comunidade com ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, está diretamente relacionada à identificação de ambientes desencadeadores/perpetuadores de obesidade e sedentarismo, por exemplo. A partir desse entendimento, como você desenvolveria as possíveis relações entre **formação profissional com olhar para a saúde coletiva e ambiente como meio facilitador para o desenvolvimento de obesidade e sedentarismo?**

Resolução da situação-problema

O modo como as pessoas compreendem a saúde e a doença, definindo o que lhes faz bem ou mal, como buscam informações sobre a saúde e como procuram cuidar dela interfere na forma de se relacionarem com os serviços de saúde e nas expectativas que

têm a respeito deles. Por outro lado, tradicionalmente os profissionais de saúde, detentores do saber científico, consideram ser seu papel transmitir esses conhecimentos à população, bem como definir quais seriam os estilos de vida a serem adotados como saudáveis (AKERMAN; FEUERWERKER, 2012).

Temos um dilema. Precisamos entender como esses olhares se articulam!

Devemos considerar que tanto o profissional de educação física, no caso, um profissional de saúde do SUS, quanto o usuário do sistema tem ideias, valores e concepções que podem ser diferentes acerca de saúde e do trabalho em saúde, e de como ele deve ser realizado.

Considerando ainda que a obesidade e o sedentarismo estão fortemente correlacionados entre si, bem como outros fatores contextuais relacionados ao ambiente, você, como futuro profissional de educação física, deve entender a realidade em que o usuário vive e elencar os potenciais geradores da inatividade física.

Dessa forma, você pode dispor de recursos reais para planejar ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde que sejam compatíveis com a realidade de vida do usuário em questão. Não perdendo de vista que deve enfrentar o desafio apresentado, objetivando: fomentar e promover um estilo de vida saudável através da atividade física nas suas diferentes manifestações, constituindo-se em um meio efetivo para a construção coletiva da qualidade de vida.

Faça valer a pena

1. O profissional de educação física, compondo a equipe básica de saúde da família, pode atuar como agente de transformação social no processo em construção na saúde coletiva. Espera-se que sua atuação promova uma educação efetiva e permanente para a saúde, como meio eficaz para a conquista de estilos de vida saudáveis, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da população.

Considerando o enunciado acerca da atuação do profissional de educação física na Estratégia Saúde da Família (ESF), aponte as principais ações que nortearão o desenvolvimento de todo seu trabalho:

a) Promoção da saúde e prevenção de doenças.

b) Colaboração e parceria.

c) Imposição das ações previamente planejadas.

d) Gestão da equipe multiprofissional.
e) Separação e divisão do trabalho para diferenciar-se da equipe multiprofissional.

2. A relação entre ECONOMIA e SAÚDE deve ser entendida como o ramo do conhecimento que otimiza as ações de saúde, bem como a distribuição dos recursos disponíveis, de forma a garantir à população uma melhor assistência à saúde. Num recorte desse tema, destaca-se a importância do financiamento do sistema público de saúde no Brasil (SUS), o qual conta com recursos das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), através de impostos e contribuições sociais da sociedade (MENDES; MARQUES, 2012).
Ainda sobre esse tema, analise as seguintes afirmações:

I. É a partir de um planejamento realizado pelo governo que se espera atingir uma melhor alocação e distribuição de recursos, utilizando para isso as informações obtidas com os diagnósticos epidemiológicos e identificação das necessidades de saúde da população.
II. Mesmo com a vigência da Emenda Constitucional 29, ocorre o descumprimento da aplicação dos recursos aos SUS, tanto da União quanto de grande parte dos estados.
III. Só em 2005, 90.1% dos recursos destinados para o financiamento da saúde vieram das contribuições sociais e, atualmente, correspondem a 70%, constituindo a principal fonte de financiamento do SUS.

A partir das considerações sobre o financiamento do SUS, que cenário pode-se prever quanto à disponibilização de recursos de modo que atendam às necessidades da população que fazem uso do SUS?
a) Alocação de recursos que atende a contento o financiamento do SUS.
b) Recursos excedentes para o financiamento do SUS.
c) Recursos insuficientes ao SUS para dar conta das necessidades em saúde da população.
d) Não é possível prever cenário algum.
e) O SUS não precisa de financiamento.

3. Texto-base: O bem-estar de uma população é fruto tanto do desenvolvimento econômico quanto do desenvolvimento social, por isso as melhorias das condições de saúde da população não dependem apenas do êxito das políticas de saúde. Depende da combinação entre desenvolvimento econômico e social, e da compatibilização entre

economia de mercado, democracia e bem-estar coletivo.

Refletindo sobre o trecho exposto, pode-se compreender que são amplos os aspectos influenciadores no processo saúde-doença de uma população. Dentre eles, pode-se considerar:

a) O ambiente, o desenvolvimento socioeconômico além dos fatores genéticos e hereditários.

b) Fatores genéticos e hereditários.

c) Fatores ambientais e socioeconômicos.

d) Fatores ambientais e socioeconômicos e financiamento do sistema de saúde.

e) Fatores ambientais e socioeconômicos, financiamento do sistema de saúde e reorientação para a formação em saúde baseada nas necessidades em saúde da população.

Seção 1.2

Atenção primária à saúde

Diálogo aberto

Conforme apresentado anteriormente, considere que você trabalha como profissional de educação física numa unidade básica de saúde, compondo a equipe multidisciplinar de saúde. Para que suas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde de fato aconteçam, é fundamental sua articulação com as equipes de saúde da família.

Vamos imaginar, por exemplo, a seguinte situação: a equipe de saúde da família identificou em seu território de abrangência um grupo de indivíduos da comunidade com sobrepeso. Considerando os princípios que regem a estratégia saúde da família, como as redes assistenciais do SUS podem possibilitar sua atuação profissional para tratar dessa temática com a equipe de saúde da família?

Não pode faltar

Para sua imersão nesta seção, a proposta é que inicie seus estudos diferenciando “atenção primária” de “atenção básica”. Para que você se sinta contextualizado nessa temática, discutiremos as diretrizes e os processos para a implementação da Atenção Primária à Saúde (APS), prevista pela Declaração de Alma-Ata, originária da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (década de 1970) realizada em Alma-Ata (Cazaquistão), a qual foi promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Segundo essa declaração, a APS é fundamentalmente a assistência sanitária disponível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, com a plena participação destes, sendo sustentável tanto para a comunidade quanto para o país (ANDRADE et. al., 2012).

Nesse sentido, a APS deve ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade, propondo ações preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção da saúde.

Suas ações e serviços devem refletir as condições econômicas e os valores sociais de cada país e de suas comunidades, admitindo variações entre os diversos países e comunidades, de acordo com suas particularidades (ANDRADE et. al., 2012).

Conceitualmente, a APS aponta para um estágio do sistema de saúde que seria a porta de entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo: atenção às pessoas (não à enfermidade) no decorrer do tempo; atenção a quase todas as situações de saúde; organização e racionalização de todos os recursos (dos básicos aos especializados); **direcionamento** para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Nesse sentido, **a APS desloca as ações de saúde de uma abordagem curativa**, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico, **para uma abordagem preventiva e promocional**, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde (ANDRADE et. al., 2012). Veja o Quadro 1.1.

Quadro 1.1 | Diferenças entre ações de saúde com abordagem curativa e abordagem preventiva e promocional

Abordagem curativa	Abordagem preventiva e promocional
Enfoque	
Doença Cura	Saúde Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento Atenção por episódio Problemas específicos	Promoção da saúde Atenção continuada Atenção abrangente
Organização	
Especialistas Médicos Consultório individual	Clínicos gerais Outros profissionais Equipe multidisciplinar
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde Domínio pelo profissional Recepção passiva	Colaboração intersetorial Participação comunidade Autorresponsabilidade

Fonte: adaptado de Starfield (2002, apud ANDRADE et al., 2012, p. 848).

Em síntese, a APS se posta como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, proporcionando o cuidado mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, sendo constituída por equipe multidisciplinar, com o objetivo de cobrir toda a população (STARFIELD, 2002, apud PIERANTONI et. al, 2010).

É muito importante que fique claro para você que a proposta de levar saúde a toda a população mundial em 2000, estabelecida na Conferência Mundial de Saúde (Alma-Ata, Cazaquistão), prevê a estratégia da APS para esse objetivo.

No Brasil, a partir da década de 1990, a APS torna-se uma política nacional no SUS através do Programa Saúde da Família (PSF), priorizando não só a assistência médica individual, mas também as ações de promoção e proteção da saúde. Sua operacionalização está prevista por meio do trabalho em equipe, minimamente composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 profissional de nível médio em enfermagem (técnico ou auxiliar) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É importante enfatizar que o PSF introduziu o processo de territorialização, com a adscrição da população e a delimitação do território para a atuação de cada equipe (MASSUDA et al., 2010).

Pesquise mais

No link a seguir você terá acesso a uma publicação que lhe trará informações adicionais sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como suas atividades, as quais estão relacionadas à prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

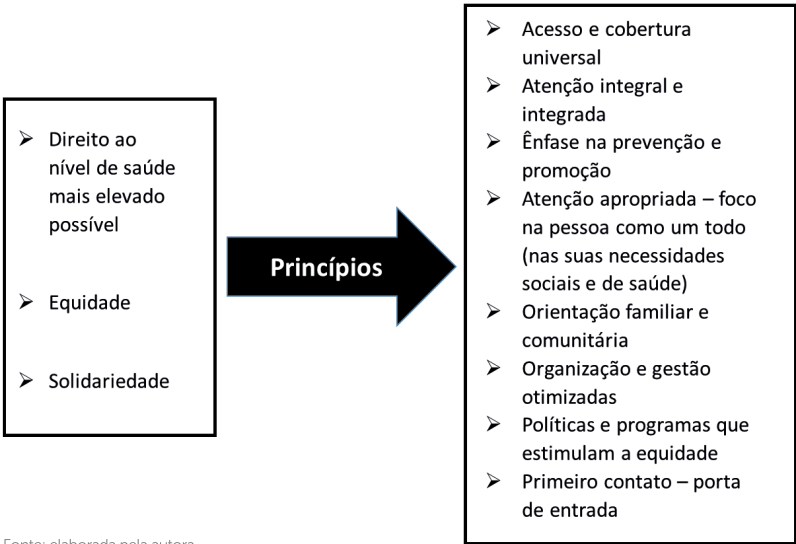
Você sabe a diferença entre valores, princípios e diretrizes? Atente-se ao Quadro 1.2!

Quadro 1.2 | Definições de valores, princípios e diretrizes

Valores	Princípios	Diretrizes
Princípio social, objetivo ou padrão de comportamento apoiado ou aceito por um indivíduo, classe ou sociedade, que provê uma base moral para as políticas e programas que se planeja em nome do interesse público. (ANDRADE et al., 2012)	"Princípios são aspectos que valorizamos nas relações sociais, a maioria derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito. São valores que orientam os nossos pensamentos e as nossas ações. " (PAIM, 2009)	"[...] Diretrizes são orientações gerais de caráter organizacional e técnico". (PAIM, 2009)

Fonte: adaptado de Paim (2009, apud ALBUQUERQUE, 2015, p. 7).

Com base nas definições apresentadas e considerando os valores de um sistema de saúde centrado na atenção primária, tem-se que os "PRINCÍPIOS" servem de ponte entre os valores sociais mais amplos de uma sociedade e as diretrizes (elementos estruturais e funcionais) do sistema de saúde adotado (Figura 1.3).

Figura 1.3 | Relação entre valores e diretrizes da APS permeada pelos seus princípios

Fonte: elaborada pela autora.

Reflita

A partir das relações estabelecidas e apresentadas a você entre **VALORES e DIRETRIZES da APS, reflita sobre os PRINCÍPIOS**, os quais devem constituir o alicerce para as políticas de saúde, sua legislação, seus critérios avaliativos, a geração e distribuição de recursos e a operacionalização do sistema de saúde. Para essa reflexão proposta, identifique os princípios mencionados EM UM CONTEXTO PREVIAMENTE EXPERIENCIADO POR VOCÊ E/OU FAMILIAR (**considere o Quadro 1.2 e a Figura 1.3**). A saber, os princípios são:

- Dar respostas às necessidades de saúde da população.
- Os serviços de saúde orientados pela qualidade.
- A responsabilidade e prestação de contas dos governos.
- Uma sociedade justa.
- A sustentabilidade do sistema de saúde.
- A participação da comunidade.
- A intersetorialidade.

Como já discutido nesta seção, você deve saber que a atenção primária à saúde, conhecida no Brasil como Atenção Básica à Saúde (ABS), passou a ser organizada prioritariamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja emergência se deu em 1994 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

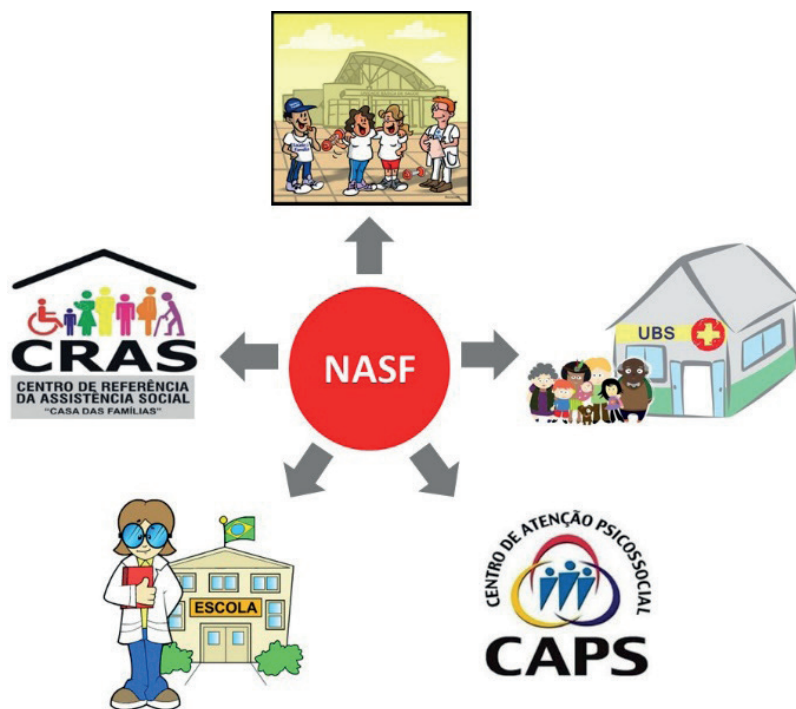
Antes do surgimento da ESF, você precisa saber que, de acordo com o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são compostos por **equipes multiprofissionais**, com diferentes formações, que atuam de maneira **integrada** e **apoiando os profissionais das equipes de saúde da família e das equipes de atenção básica** para populações específicas. Esse apoio se dá pelo compartilhamento de práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas na atenção básica.

O NASF se baseia no apoio matricial, uma estratégia de organização da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado de determinado território. São exemplos de ações para o apoio matricial: discussão de casos, atendimentos compartilhados (NASF + equipe de saúde da família), atendimentos individuais do profissional do NASF precedida ou seguida de discussão com a equipe de saúde da família, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.

No Quadro 1.3, você poderá identificar os diferentes profissionais que compõem o NASF. Perceba que o profissional de educação física está previsto neste núcleo para apoiar as equipes de saúde da família. Já na Figura 1.4, apresentamos a você uma imagem ilustrativa de possíveis locais de atuação do NASF, pois, para exercer suas atividades, as equipes NASF devem ocupar o espaço físico das unidades às quais estão vinculadas, ou ainda outros espaços disponíveis no território, como o espaço das academias da saúde, escolas, parques, entre outros. E no Quadro 1.4, estão descritos 4 processos para a produção do cuidado, entre equipes de atenção básica e NASF, a partir das reuniões de matriciamento.

Quadro 1.3 | Identificação de profissionais que podem compor o NASF

Possibilidades de composição do NASF
assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Figura 1.4 | Imagem ilustrativa de possíveis locais na comunidade para atuação do NASF

Legenda: NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Fonte: elaborada pela autora.

Quadro 1.4 | Descrição de 4 processos para a produção do cuidado entre equipes de atenção básica e NASF

1. Discussão de casos individuais, familiares ou comunitários:	2. Diagnóstico das necessidades e demandas:
• Apresentação de casos novos pela equipe de atenção básica. • Devolutivas da evolução dos casos pela equipe de atenção básica ao NASF. • Devolutivas das ações e intervenções do NASF à equipe de atenção básica.	• Dados do território. • Situações trazidas pela equipe de atenção básica. • Situações observadas pelo NASF.

3. Elaboração de propostas:	4. Ações de monitoramento:
• Construção de planos de ação para as necessidades percebidas. • Propostas de atividades coletivas específicas do NASF ou equipe de atenção básica. • Propostas de atendimentos individuais específicos do NASF ou da equipe de atenção básica. • Propostas de ações individuais ou coletivas compartilhadas. • Propostas de outras ações de educação permanente.	• Continuidade da discussão de casos e temas. • Registro das atividades, dos participantes e das pactuações realizadas, permitindo monitorar e avaliar o processo de trabalho entre as duas equipes. • Discussão e avaliação sobre a evolução dos casos entre NASF e equipe de atenção básica.

Legenda: NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
Fonte: adaptado de Brasil, 2014.

Exemplificando

As **equipes de referência** são responsáveis pela atenção contínua ao usuário do sistema e identificam as necessidades e demandas da comunidade e do território adscritos, buscando soluções e apoio aos profissionais do NASF (**equipes de apoio matricial**). Para esse objetivo, utilizam as reuniões de matriciamento para a construção das propostas de intervenção.

A equipe de apoio (NASF), além de ajudar as equipes de referência a lidar com situações e a agregar ações ao escopo de ofertas da atenção básica (ampliando-o), também pode fomentar a integração das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com outros serviços de saúde.

Pesquise mais

No link a seguir você terá acesso à Portaria GM nº 154 (de 24 de janeiro de 2008). Nele você encontrará mais informações sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em:

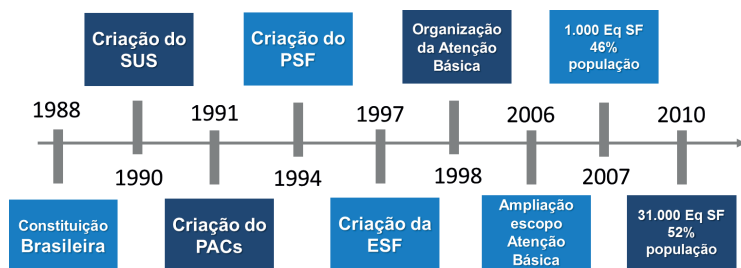
<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2017.

Neste link você terá acesso a informações complementares sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2017.

Assimile

Você pode acompanhar a evolução histórica trabalhada nesta seção, para assimilar o processo de formação da atenção primária à saúde no Brasil, explorando a Figura 1.5. Nela você identifica desde o surgimento da Constituição Brasileira, como precursora que é para o nascimento do SUS, passando pelos diferentes programas de saúde (agentes comunitários, saúde da família, organização e ampliação da atenção básica) e constatação do crescimento das equipes de saúde da família, bem como de sua cobertura na população brasileira.

Figura 1.5 | Linha do tempo da evolução da atenção primária no Brasil

Legenda: SUS – Sistema Único de Saúde; PACs - Programa de Agentes Comunitários em Saúde; PSF – Programa Saúde da Família; ESF – Estratégia Saúde da Família; Eq SF – equipe de Saúde da Família)
Fonte: elaborada pela autora.

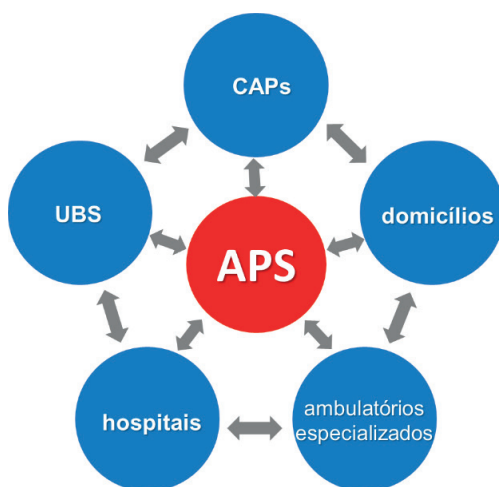
Agora que você já sabe sobre a origem da atenção primária à saúde, desde a Declaração de Alma-Ata, seus valores, princípios e diretrizes, entendendo que no Brasil ela passou a ser organizada prioritariamente por meio da estratégia saúde da família, vamos avançar no entendimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

É importante que você saiba que as RAS são definidas como arranjos que organizam as ações e os serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, sendo integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo fim da integralidade do cuidado. Adicionalmente, essa integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, favorece tanto a eficácia clínica e sanitária quanto a eficiência econômica, quando se pensa em alocação de recursos em saúde.

O centro de comunicação das RAS é a APS, cujo papel é o de ordenação das RAS e da coordenação do cuidado de todos os pontos de atenção que deverão ser desenvolvidos por meio de práticas gerenciais e sanitárias para as populações adscritas e territórios delimitados, de forma integral, de acordo com as necessidades de cada cidadão e da comunidade. Veja aqui alguns exemplos de **pontos de atenção à saúde**: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais também podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (Figura 1.6).

Figura 1.6 | Exemplo esquemático de rede de atenção à saúde

Fonte: elaborada pelo autor.

Pesquise mais

No link a seguir você terá acesso à Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Nela você encontrará mais informações sobre diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2017.

Sem medo de errar

Caro aluno, considere que você trabalha numa Unidade Básica de Saúde (UBS), compondo a equipe de saúde. Vamos imaginar, por exemplo, a seguinte situação: a equipe de saúde da família identificou, em seu território de abrangência, um grupo de indivíduos da comunidade com sobrepeso.

Lembre-se que você, como profissional de educação física, compõe o NASF. Sendo assim, deve haver uma articulação entre as equipes de profissionais do NASF com a equipe de referência (equipe de saúde da família) através das Redes de Apoio à Saúde (RAS).

Podemos entender que, a relação estabelecida entre as duas equipes se faz através do apoio matricial recebido pela equipe de referência. Podendo se dar de algumas maneiras, como:

- Discussão do tema "sobrepeso" e estratégias para seu controle com os demais profissionais do NASF (psicólogo, profissional de educação física, nutricionista, entre outros).

- Discussão com os profissionais do NASF sobre propostas de ações e condutas que a própria equipe de atenção básica poderia realizar individual ou coletivamente.

- Planejar e realizar com os profissionais do NASF intervenções conjuntas (atendimentos individuais ou coletivos, atendimentos domiciliares, atividades no território etc.).

- Pactuar intervenções específicas dos profissionais do NASF, com discussão e repactuação permanentes com a equipe de referência.

Perceba que, só é possível essa articulação para o apoio matricial entre as equipes (da saúde da família e do NASF) devido à conexão promovida pelas Redes de Apoio à Saúde (RAS).

Avançando na prática

Educação física e intersetorialidade na atenção primária

Descrição da situação-problema

Caro aluno, considere 3 (três) dos princípios que regem/devem reger a atenção primária à saúde, sendo eles:

- Dar respostas às necessidades de saúde da população.
- A participação da comunidade.
- A intersetorialidade.

Relacione esses 3 princípios com a estratégia saúde da família, justificando a atuação do profissional de educação física na composição da equipe de saúde.

Resolução da situação-problema

Como previamente discutido, a Atenção Primária à Saúde (APS), conhecida no Brasil como Atenção Básica à Saúde, passou a ser organizada prioritariamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja emergência se deu em 1994 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

A APS, orientada de acordo com os **principais problemas sanitários da comunidade, deve dar respostas às necessidades de saúde da população**, por meio de ações preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção da saúde.

Adicionalmente, a APS, sendo a porta de entrada para o sistema de saúde para todas as necessidades e problemas da população, **desloca as ações de saúde de uma abordagem curativa para uma abordagem preventiva e promocional**, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde, considerando ainda uma participação ativa da comunidade nesse processo.

Nesse sentido, a atuação do profissional de educação física, com ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, sustentada por sua ampla bagagem profissional, construída desde a formação (apto a atuar com educação, saúde, cultura, esporte, lazer, por exemplo), pode se constituir numa estratégia de organização da clínica e do cuidado em saúde traduzida como

intersetorialidade (setores de educação, de saúde, de cultura do movimento humano, do esporte e do lazer/recreação).

Faça valer a pena

1. Segundo a Declaração de Alma-Ata, a atenção primária à saúde deve prever a assistência sanitária disponível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, com a plena participação destes, sendo sustentável tanto para a comunidade quanto para o país.

Considerando a afirmação sobre a atenção primária à saúde, é correto afirmar que:

a) Suas ações e serviços devem refletir as condições econômicas e os valores sociais de cada país e de suas comunidades.

b) Suas ações e serviços devem refletir as condições econômicas de países desenvolvidos, admitidos como referência.

c) Podem usufruir da atenção primária à saúde apenas indivíduos que não apresentam planos de saúde privados.

d) A sustentabilidade mencionada refere-se à capacidade de o país satisfazer as necessidades do presente, porém comprometendo a capacidade e as necessidades de gerações futuras.

e) Tem o objetivo de cobrir uma pequena parte população.

2. No Brasil, a partir da década de 1990, a atenção primária à saúde torna-se uma política nacional no SUS através do Programa Saúde da Família (PSF), priorizando não só a assistência médica individual, mas também as ações de promoção e proteção da saúde.

Com relação a sua operacionalização, a Estratégia Saúde da Família (ESF) prevê o trabalho em equipe, assim sendo, as equipes de saúde da família são minimamente compostas por:

a) Médico (a), enfermeiro (a), profissional de nível médio em enfermagem (técnico ou auxiliar), agentes comunitários de saúde.

b) Médico (a), enfermeiro (a), profissional de educação física, dentista.

c) Médico (a), enfermeiro (a), profissional de educação física, agentes comunitários de saúde.

d) Enfermeiro (a), profissional de educação física, agentes comunitários de saúde, psicólogo (a).

e) Médico (a), enfermeiro (a), profissional de educação física, agentes comunitários de saúde.

3. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como arranjos que organizam as ações e os serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, sendo integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo fim da integralidade do cuidado. O centro de comunicação das RAS é a Atenção Primária à Saúde (APS), cujo papel é o de ordenação das RAS e da coordenação do cuidado de todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010).

Considerando a relação entre as RAS e a APS, assinale a alternativa correta:

a) As RAS são desenvolvidas através de práticas gerenciais e sanitárias para as populações adscritas e territórios delimitados, de forma integral, de acordo com as necessidades de cada cidadão e da comunidade.

b) Pode-se afirmar que essa integração sistêmica de ações e serviços de saúde não tem relação com eficiência econômica quando se pensa em alocação de recursos em saúde.

c) Os hospitais não são considerados pontos de atenção à saúde previstos nas RAS.

d) A APS assume uma posição periférica na RAS.

e) Tanto os domicílios quanto as unidades básicas de saúde não estão previstos nas RAS.

Seção 1.3

Modelo de gestão

Diálogo aberto

Identificar o processo de trabalho das equipes de saúde, bem como suas relações com os usuários do SUS, faz parte do entendimento da inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde.

Nesse sentido, faz-se necessário que esteja claro para você, futuro profissional de educação física, o modelo de gestão com todas as suas características, desenvolvido e aplicado a sua nova rotina de trabalho.

É importante entender como se articulam conceitos como clínica ampliada, ampliação das ações de saúde coletiva em nível local, cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência, acolhimento e responsabilização, sistemas de cogestão e capacitação.

Tal entendimento é fundamental para atuar nesse modelo de gestão, e a partir de então se apropriar dos espaços para desenvolver suas práticas com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Vamos imaginar, por exemplo, que você tem o mesmo caso anterior para atuar: a equipe de saúde da família identificou em seu território de abrangência um grupo de indivíduos da comunidade com sobrepeso. Vamos desdobrar o modelo de gestão para entender esse caso?

Não pode faltar

Modelo de gestão

Antes de avançarmos na temática "Modelo de Gestão", vamos compreender primeiro o significado da palavra "gestão". Nos dicionários, os termos "gestão" e "administração" aparecem como sinônimos, sendo definidos como: "ato ou efeito de administrar, ação de governar ou gerir empresa, órgão público [...]. Exercer mando, ter

poder de decisão (sobre), dirigir, gerir". "Gestão" está relacionado à capacidade de dirigir, mas atente-se, pois muitas vezes confunde-se com o "exercício do poder".

O que seria então um "modelo de gestão"? Se admitirmos, segundo Campos (2003 apud ANDRADE et al., 2012, p. 881), que:

> [...] a gestão é um modo de racionalizar os meios para atingir um fim (função administrativa clássica), mas pode ser também uma forma de democratizar o poder (controlar o Estado e o governo, ou os excessos das diferentes formas de corporativismos), bem como de motivar e de educar os trabalhadores.

Aos poucos fica mais claro aonde queremos chegar.

Se adicionarmos ao tema proposto "modelo de gestão" os termos eficiência e eficácia, podemos avançar mais um pouco. Veja:

> [...] administrar com eficácia significa atingir os objetivos planejados. Já agir com eficiência implica utilizar corretamente os recursos disponíveis. A eficácia resulta da relação entre metas alcançadas versus metas pretendidas, enquanto que a eficiência significa fazer mais com menos recursos (LIMA, T. P., 2014, n.p.).

Pesquise mais

No link a seguir, você terá acesso ao **Dicionário da educação profissional em saúde**, uma publicação da **Fundação Oswaldo Cruz**. Nele poderá obter informações mais detalhadas sobre o tema gestão em saúde.

Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>. Acesso em: 7 abr. 2017.

Para que você obtenha informações mais detalhadas sobre o tema eficiência e eficácia em gestão, o texto **A importância da eficiência e eficácia na gestão pública (2014)** irá lhe ajudar. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/a-importancia-da-eficiencia-e-eficacia-na-gestao-publica/55602>. Acesso em: 7 Abr. 2017.

Vamos detalhar um pouco mais as características centrais do modelo de gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) através da Estratégia de Saúde da Família (ESF):

Clínica ampliada

É importante que fique claro que, a partir do que se entende por clínica, como a "produção de ações pelos diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde", a clínica ampliada redefine "o objeto, o objetivo, e os meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos". Ela se propõe a superar a clínica tradicional, que toma como objeto apenas a doença (ANDRADE et al., 2012).

O termo "ampliada" considera que, não há problemas de saúde (ou doenças) sem que estes estejam encarnados em sujeitos, isto é, em pessoas. A clínica do sujeito é a principal ampliação sugerida nessa proposta. Além disso, considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico. Isso significa que, além de buscar a produção de saúde por diferentes meios (curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos), essa clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários do sistema de saúde, o SUS (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Entende-se aqui "autonomia" como um conceito relativo, não como a ausência de dependência, mas como a ampliação da capacidade de o usuário lidar, a partir de sua experiência de vida, com sua condição debilitante (hipertensão, diabetes etc.), a partir de seu contexto social e cultural, considerando sua subjetividade e toda relação de afetos em que se envolve durante sua vida. A partir de então, a ampliação do seu grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade de autocuidado, bem como da compreensão do processo saúde-doença, e só então pelas relações estabelecidas com os profissionais de saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Essa alteração do "objeto" e do "objetivo" do trabalho clínico exigirá mudança nos meios de intervenção, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos. O desafio para todos aqueles que atuam na saúde em geral é lidar com pessoas, considerando suas dimensões social e subjetiva, e não somente a dimensão biológica (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Considerando o que você viu até agora sobre clínica ampliada, reflita a partir do trecho:

> [...] o paradigma biomédico é insuficiente, embora necessário, para que os problemas dos usuários sejam abordados em sua complexidade. Assim, lançar mão do que é produzido em outros campos do conhecimento, como as ciências humanas e sociais, deverá ser uma rotina no trabalho em saúde. É preciso alargar os campos de conhecimento para dar conta da abordagem de um objeto que foi ampliado. Quando passamos da abordagem da doença à abordagem do doente, é necessário incorporar outro arsenal de conhecimentos e técnicas. (COELHO, 2010, p. 123)

Agora que você foi apresentado ao conceito de clínica ampliada, é importante que saiba que a epidemiologia é a principal ferramenta para o planejamento local e para a definição/identificação dos problemas prioritários, que são a base para a articulação das ações e práticas de saúde pelos profissionais e usuários do sistema envolvidos.

Pesquise mais

Para uma compreensão mais ampla sobre epidemiologia, você pode acessar o link **Epidemiologia: definição, objetivos e conceitos (2012)**, disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/epidemiologia-definicao-objetivos-e-conceitos/10760>. Acesso em: 8 mar. 2017.

Segundo o movimento pela defesa da vida, a epidemiologia seria uma ferramenta útil para dimensionar e priorizar os problemas a serem abordados, mas não poderia substituir a clínica, a qual se dispõe a realizar o cuidado individualizado, ou singular. A clínica deve ser ampliada, enriquecida por novos referenciais, pelo resgate da dimensão cuidadora e pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos trabalhadores em saúde de lidar com a

subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários (CAMPOS, 1992; CECÍLIO, 2001; MERHY, 1997, apud FEUERWERKER, 2005).

Em vez de restringir a liberdade e a autonomia dos trabalhadores da saúde por meio da programação de ações em saúde (isto é, protocolos), a aposta seria investir ao máximo nesse espaço, ampliando mecanismos e oportunidades para comprometê-los com a atenção às necessidades dos usuários, com a produção de um cuidado integral à saúde (MERHY, 2003, apud FEUERWERKER, 2005).

Acolhimento e responsabilização

O conceito de clínica ampliada é bastante amplo e exige mudança de postura em todo sistema de saúde para receber os usuários dos serviços e responsabilizar-se de modo integral por eles.

Associado a esse entendimento, deve estar claro para você que a saúde da família entende que o trabalho das equipes não deve estar centrado na unidade, mas no território, precisamente nas famílias. Nesse sentido, o agente comunitário de saúde é o principal interlocutor entre a comunidade e os profissionais de saúde, por sua capacidade de ampliar o diálogo com a população, bem como a compreensão sobre o contexto local, além de fortalecer as possibilidades de vínculo e de responsabilização entre comunidade e serviço de saúde (SOUZA, 2001, apud FEUERWERKER, 2005).

Assimile

A respeito de acolhimento, assimile o que expõe Campos (2003), extraído de Andrade et al., 2012, p. 880.

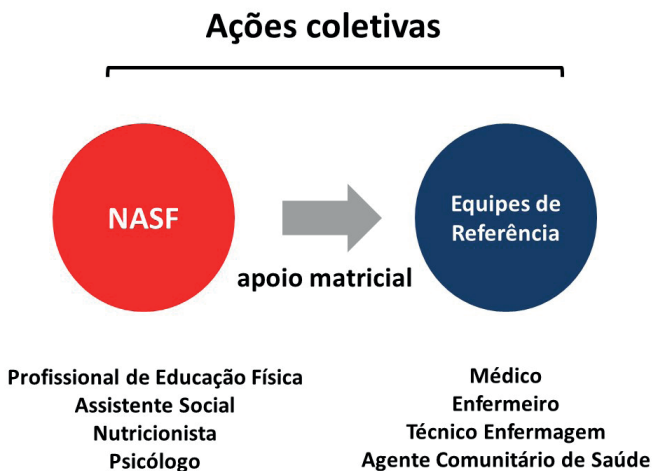
Acolher significa:

> **[...] receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um, sem abrir mão dos limites necessários.**

Ampliação das ações de saúde coletiva no nível local

Clínica ampliada, responsabilização, acolhimento... termos que vão se conectando e tecendo a proposta de um novo e diferente modelo de gestão em saúde. Resgatando os conhecimentos adquiridos na seção anterior, vamos alinhavando os termos, veja só:

Para que os serviços de APS ampliem o conjunto de ações coletivas a serem realizadas, assim como promover mudanças no modo de produção das práticas, incorporando a dimensão singular das necessidades de saúde, propõem-se a construção de arranjos organizacionais que permitam essas finalidades. Dentre os arranjos sugeridos estão: constituição de equipes de referência, a organização do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e o apoio matricial (MASSUDA, 2010). Observe a Figura 1.7.

Figura 1.7 | Ilustração de arranjo organizacional prevendo ações ampliadas em saúde coletiva na APS

Legenda: NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Fonte: elaborada pela autora.

Cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência

É importante que você saiba que a realização de cadastros de saúde da população, bem como a vinculação de famílias à equipe local de referência, deve ser feita pelos agentes comunitários de saúde, com apoio das equipes dos centros de saúde e dos distritos. Em regiões em que estiverem sendo instalados novos serviços ou de pequena cobertura assistencial, o cadastramento será realizado da forma clássica, de residência em residência. Nos centros de saúde com usuários regulares, o cadastramento obedece aos critérios estabelecidos pela equipe local e se baseia nos prontuários familiares existentes.

Cogestão

Olhando para a APS, no que diz respeito às relações entre os gestores das três esferas do SUS (federal, estadual e municipal), houve avanços significativos e há mecanismos de negociação que são inimagináveis para outros setores da sociedade brasileira. As comissões inter gestores, tanto estaduais como nacional, se configuram como espaço de disputa e negociação, constituindo-se como os principais fóruns de pactuação das políticas de saúde no país. São esses mecanismos de pactuação que tornam possível o funcionamento descentralizado e articulado do SUS, bem como a existência de políticas nacionais de saúde (FEUERWERKER, 2005).

No entanto, a "autonomia de gestão" dos entes federados e as atribuições de cada esfera de gestão do SUS continuam sendo objeto de intensa disputa, apesar disso, a descentralização por meio da municipalização ocorreu. Saúde é responsabilidade de cada gestor municipal deste país, já que os municípios efetivamente são os principais prestadores de serviços de saúde e os maiores empregadores de trabalhadores de saúde (FEUERWERKER, 2005).

A gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, e uma diretriz ético-política fundamental para a humanização e o bom funcionamento do sistema municipal de saúde (FEUERWERKER, 2005).

O SUS pode proporcionar um cenário para o encontro dos diferentes profissionais de saúde entre si e com a população. Esse encontro pode dar-se em perspectiva de disputa de interesses, para

os quais as normas devem funcionar como instrumento de proteção da vida, ao estabelecer limites ao interesse privado. Deve também servir como espaço para construção de projetos coletivos em defesa da vida, sendo que a gestão e o trabalho em saúde realizados em forma de cogestão têm o potencial de ampliar a capacidade de compreensão e de intervenção dos sujeitos, usuários e profissionais, sobre o contexto sanitário e sobre si mesmo, contribuindo para encontrar formas adequadas de defesa da saúde apesar do conflito de interesses (MASSUDA, 2010).

No trabalho das equipes de saúde, a atividade clínica depende de profissionais com diferentes formações (médico, enfermeiro, profissional de educação física, assistente social etc.), mas depende também da interação disciplinar entre essas diversas formas de exercício clínico existentes. A organização do trabalho clínico nas equipes passa por uma elaboração conjunta das agendas de seus profissionais, visando a melhor utilização de seus esforços, seja no atendimento individual de um profissional a um usuário, seja no atendimento conjunto de alguns profissionais para determinado grupo de usuários. A partir desse entendimento, a equipe de saúde precisa combinar suas atividades: o que fazer, como fazer, com que frequência fazer (PINTO; COELHO, 2010).

Capacitação

De todos os conceitos explorados até aqui, fica clara a necessidade de instituir processos de educação continuada para as equipes, com o objetivo de ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas unidades básicas de saúde, considerando as diferentes perspectivas e contribuições dos profissionais envolvidos (ANDRADE et al., 2012).

Portanto, prever um adequado suporte de capacitação e apoio às equipes, para que sejam resolutivas – devem ter a capacidade de interferir de alguma forma na vida dos usuários, melhorando seu estado de saúde – deve ser o foco (ANDRADE et al., 2012).

Deve-se questionar a utilidade dos procedimentos a serem realizados, sua efetividade, entendendo que o objetivo primário dos serviços de saúde deve ser "a produção de saúde", como já mencionamos nesta seção. O foco deve ser em melhorias efetivas

nos padrões de saúde da população, bem como apoio ao usuário no alcance de melhores condições de saúde e autonomia (PINTO; COELHO, 2010).

Reflita

No âmbito da estratégia de saúde da família, vamos refletir sobre a seguinte afirmação de Campos e Amaral (2007, p. 851):

> O modelo "da acreditação e da qualidade total" centra sua atenção em equipamentos, fluxos e procedimentos; em geral, não instituindo alternativa para a gestão do caso clínico. O modelo "de gestão gerenciada" investe na gestão da clínica, mas o faz retirando poder de decisão dos clínicos e orienta as decisões segundo normas e protocolos genéricos, incapazes de dar conta da variedade inata do processo saúde-doença. Esses modelos podem apresentar ganhos em eficiência e produtividade, mas tendem a subestimar a eficácia; ou seja, o objetivo primário dos serviços de saúde que é a produção de saúde.

Do ponto de vista do profissional de educação física, que deve se pautar em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como compreender sua atuação na atenção primária levando em consideração tanto a eficácia quanto a eficiência do sistema de saúde, produzindo saúde para a comunidade local?

Exemplificando

Associe o que você aprendeu até agora com o exemplo a seguir:

O SUS apresenta alguns desafios gerenciais, sendo evidente a necessidade de comprometimento de recursos financeiros públicos, de expansão da rede de infraestrutura física de atendimento à saúde, de realinhamento das filosofias de atenção à saúde, de capacitação dos gestores nas três esferas do governo, de educação continuada dos profissionais de saúde, bem como da própria educação/informação dos usuários (ANDRADE et al., 2012).

Esses desafios, para serem superados, dependem da (re) organização do SUS e do aprofundamento da municipalização, como o fortalecimento

da ESF. As equipes de saúde da família, em parceria com as equipes do NASF, têm um papel que vai além da tradicional resposta profissional às demandas de saúde, pois são organizadores da demanda local, planejando as ações de saúde, focando na educação popular, sendo, de fato, agentes de transformação social (ANDRADE et al., 2012).

Novas responsabilidades e ganho de autonomia no processo decisório de saúde pelas equipes locais vêm ocorrendo, associadas à transferência de autoridade de gestão administrativa e orçamentária para o município, que passou a ser o responsável primário pela assistência integral à saúde dos cidadãos (ANDRADE et al., 2012).

A proximidade desses processos decisórios relacionados à saúde da comunidade tem estimulado maior consciência e participação dos membros da comunidade nas discussões de saúde, e o próprio papel regulador da comunidade em relação às ações do poder público passou a ser mais proativo (ANDRADE et al., 2012).

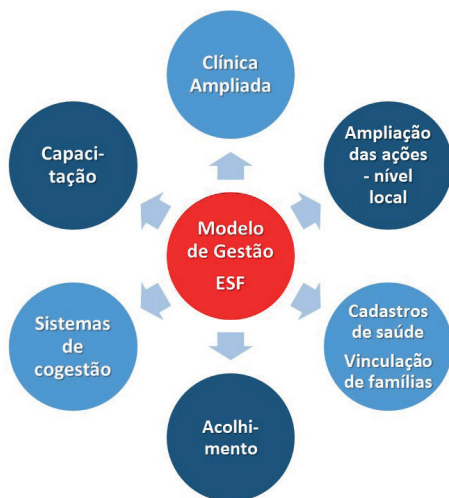
Reflita

A implementação da ESF na APS trouxe consigo importante impacto nos mecanismos de gestão de saúde no Brasil, especialmente sob os princípios do SUS de universalidade, descentralização, integralidade e controle social (ANDRADE et al., 2012).

A partir dessa afirmação, que relação pode ser estabelecida entre mudanças do "modelo assistencial em saúde" com o "modelo gerencial previsto para a ESF"?

Assimile

Você pode verificar e assimilar o modelo de gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), explorando a Figura 1.8. Nela você vai identificar as características do modelo de gestão explorado ao longo desta seção.

Figura 1.8 | Características do modelo de gestão da APS através da ESF

Legenda: APS – Atenção Primária à Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família
Fonte: elaborada pela autora.

Sem medo de errar

Caro aluno, vamos imaginar que você tem o mesmo caso anterior para atuar: a equipe de saúde da família identificou em seu território de abrangência um grupo de indivíduos da comunidade com sobrepeso. Vamos desdobrar o modelo de gestão para entender esse caso?

Vamos começar tecendo as relações entre as **características do modelo de gestão**, praticado na ESF, no escopo da APS. Para isso, vamos inverter a sequência trazida previamente.

A identificação de casos em determinada comunidade local, de pessoas com sobrepeso, foi possível e facilitada pela atuação dos **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**, que são os principais interlocutores entre a comunidade e os profissionais de saúde. Lembre-se que os ACS, por sua capacidade de ampliar o diálogo com a população e de compreender o contexto local, contribuem para fortalecer as possibilidades de **vínculo e de responsabilização** entre comunidade e sistema de saúde.

Realizado o mapeamento da comunidade e, posteriormente, os **cadastros de saúde**, identifica-se as necessidades em saúde a partir dos

arranjos organizacionais entre equipes de referência, a organização do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e o apoio matricial. Esse arranjo favorece a **ampliação das ações de saúde coletiva no nível local**, permitindo a troca de saberes entre as diferentes equipes. Evidencia-se aqui que o trabalho das equipes não está centrado na unidade, mas no território, precisamente, nas famílias.

A partir do entendimento da importância de uma elaboração conjunta das agendas dos profissionais, as equipes de saúde precisam combinar suas atividades: o que fazer, como fazer, com que frequência fazer. Não sem antes, respaldados por uma clínica ampliada, considerar as dimensões social e subjetiva, e não somente a biológica, para o entendimento do processo saúde-doença, no caso, o sobrepeso de determinado grupo da comunidade.

Claro que as equipes de saúde devem estar apoiadas com adequada **capacitação, para que suas práticas em saúde sejam resolutivas**, isto significa que devem ter a capacidade de interferir de alguma forma na vida dos usuários, melhorando seu estado de saúde. O foco, no caso do profissional de educação física, deve ser ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, olhando para o grupo de indivíduos com sobrepeso, como previamente identificado.

Por fim, a gestão participativa, ou **cogestão**, deve nortear esse modelo de gestão, afirmando o SUS como um cenário para o encontro dos diferentes profissionais de saúde entre si e com a população, servindo de espaço para a construção de projetos coletivos, ampliando a capacidade de compreensão e de intervenção dos sujeitos, usuários e profissionais, sobre o contexto sanitário e sobre si mesmo, contribuindo para encontrar formas adequadas de defesa da saúde, e no caso específico, com ações para enfrentar o sobrepeso do grupo.

Avançando na prática

Clínica ampliada: um olhar para a obesidade

Descrição da situação-problema

Caro aluno, diante dos conceitos entendidos e reflexões geradas, a proposta agora é um recorte do modelo de gestão da ESF. Considere um grupo de indivíduos, mapeados na comunidade pelos agentes comunitários da saúde, identificados com obesidade.

A partir de seu entendimento sobre clínica ampliada, práticas em saúde na atenção primária, apoio matricial, equipes de saúde da família e NASF, estabeleça possíveis relações entre os conceitos desenvolvidos até aqui.

Resolução da situação-problema

Caro aluno, vamos começar pela proposta da clínica ampliada, que deve considerar o processo saúde-doença em pelo menos três perspectivas, a saber: a biológica, a social e a subjetiva.

A partir do primeiro contato do grupo de usuários do sistema com a equipe saúde da família, lembre-se da composição mínima desta. Ações coletivas podem ocorrer quando essa equipe aciona o NASF, solicitando o apoio matricial para acompanhamento dos casos (do grupo).

O apoio matricial pode permitir o entendimento sob diferentes perspectivas, a partir dos diferentes olhares da equipe interdisciplinar, de diagnósticos e terapias contextualizados à realidade local.

Um primeiro passo poderia ser mapear (conjuntamente com as equipes envolvidas) as perspectivas biológica, social e subjetiva e seus possíveis fatores relacionados com a obesidade, criando o entendimento sistêmico da obesidade para esses casos.

Mapeados os fatores potenciais desencadeadores da obesidade, as equipes se organizam e fazem suas propostas de intervenção, levando em conta os fatores mapeados.

Lembre-se que você, como futuro profissional de educação física, deve centrar suas propostas em ações na promoção da saúde e prevenção de doenças (no caso, secundárias à obesidade instalada).

Por enquanto, podemos ficar por aqui com as propostas! À medida que avançarmos em outras unidades de ensino, desenvolveremos ações pontuais direcionadas para esse caso.

Faça valer a pena

1. Segundo o modelo de gestão admitido na ESF, uma de suas características aponta que: a alteração do "objeto" e do "objetivo" do trabalho clínico exigirá mudança nos meios de intervenção, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos. O desafio para todos aqueles que atuam na saúde em geral é lidar com pessoas, considerando suas dimensões social e subjetiva, e não somente a biológica.

A questão acima diz respeito à qual característica do modelo de gestão da ESF?

a) Acolhimento e responsabilização.

b) Clínica ampliada.

c) Cadastro de saúde da população.

d) Vinculação de famílias à equipe local de referência.

e) Cogestão.

2. A epidemiologia é um dos alicerces para o planejamento de saúde local e para a definição/identificação dos problemas prioritários, que são a base para a articulação das ações e práticas de saúde pelos profissionais envolvidos na APS.

Sobre a importância da epidemiologia para a ESF, assinale a alternativa correta:

a) Ela poderia substituir a clínica, pois traz uma visão do coletivo.

b) É uma ferramenta pouco útil para dimensionar e priorizar os problemas a serem abordados.

c) Ela pode restringir a autonomia dos trabalhadores da saúde por meio da programação de ações em saúde.

d) Ela não é muito utilizada na ESF.

e) Ela contribui para a determinação do cuidado individualizado que deve ser realizado.

3. O trecho de Campos (2003), extraído de Andrade et al., 2012, traz o significado de acolhimento:

Acolher significa *"receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão dos limites necessários".*

A partir do trecho apresentado, qual característica do modelo de gestão da ESF está mais próxima a ele:

a) Cogestão.

b) Acolhimento e responsabilização.

c) Clínica ampliada.
d) Capacitação.
e) Cadastro de saúde da população.

Referências

AKERMAN, Marco; FEUERWWRKER, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar? E que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BONFIM, José Ruben de Alcântara; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Jr., Marcos; De CARVALHO, Yara Maria (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

AKERMAN, Marco; RIGHI, Liane Beatriz; PASCHE, Dário Frederico; TRUFELLI, Damila; LOPES, Paula Ribeiro. Saúde e desenvolvimento: que conexões? In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BONFIM, José Ruben de Alcântara; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Jr., Marcos; De CARVALHO, Yara Maria (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes. **Uma revisão sobre as políticas públicas de saúde no Brasil**. Recife, 2015. 33 p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3333>. Acesso em: 25 mar. 2017.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio; SILVA, Roberta Marinho da Silva. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BONFIM, José Ruben de Alcântara; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Jr., Marcos; De CARVALHO, Yara Maria (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

BRASIL. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

______. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

______. Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21 Global. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/agenda-21-global>. Acesso em: 19 maio 2017.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série A. Normas e Manuais técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2017.

______, Gastão Wagner de Sousa; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Gestão em saúde: um campo aplicado de conhecimento. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>. Acesso em: 18 maio 2017.

COELHO, Ivan Batista. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2010.

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; DOURADO, Daniel de Araújo. Sistema de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D`Ângelo (Orgs.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2017.

LIMA, T. Pimentel. **A importância da eficiência e eficácia na gestão pública**. 2014. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/a-importancia-da-eficiencia-e-eficacia-na-gestao-publica/55602>. Acesso em: 18 maio 2017.

MASSUDA, Adriano. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2010.

______. Práticas de saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BONFIM, José Ruben de Alcântara; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Jr., Marcos; De CARVALHO, Yara Maria (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BONFIM, José Ruben de Alcântara; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Jr., Marcos; De CARVALHO, Yara Maria (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; MONTEIRO, Valéria de Oliveira; SANTTOS, Maria Ruth dos; FRANÇA, Tânia. Reconfigurando perfis profissionais: a especialização em Saúde da Família. In: PIERANTONI, Célia Regina; VIANA, Ana Luiza d`Ávila (Orgs.). **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PINTO, Carlos Alberto Gama; COELHO, Ivan Batista. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2010.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Epidemiologia**: definição, objetivos e conceitos. 2012. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/epidemiologia-definicao-objetivos-e-conceitos/10760>. Acesso em: 8 mar. 2017.

VIANA, Ana Luiza d`Avila; SILVA, Hudson Pacifico. Economia e saúde. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D`Ângelo (Orgs.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

Protocolos de avaliação física: aptidão física na atenção primária

Convite ao estudo

Caro aluno, na Unidade 1 você teve a oportunidade de entrar em contato com uma contextualização geral sobre a saúde no Brasil, passando pelas diferentes relações entre a saúde e o ambiente, o desenvolvimento, a economia e a própria formação dos profissionais na área.

Chegou a explorar a atenção primária à saúde dentro da perspectiva da estratégia de saúde da família, até as principais características de seu modelo de gestão.

A partir desta seção, você estudará sobre os aspectos gerais da aptidão física, que tratará de temas como atividade física e exercício físico, além dos componentes da aptidão física relacionados à saúde e habilidades. Você verá também os aspectos gerais para planejar e organizar suas avaliações físicas no contexto da atenção primária à saúde.

Diante da competência técnica prevista, isto é, **conhecer os aspectos relacionados à saúde coletiva e atividade física para atuar em postos de saúde e módulos de saúde da família**, espera-se que você obtenha como resultado de aprendizagem o entendimento do **modelo de gestão relacionado à estratégia de saúde da Família**, tornando mais claras algumas das ações do profissional de educação física nesse contexto.

Considere que em seu novo emprego, o próximo passo é introduzir seu objeto de trabalho, isto é, a atividade física, na rotina dos usuários de uma unidade básica de saúde. O entendimento da relação entre aptidão física e saúde/habilidades físicas deve

estar bem claro para você, pois, a partir desse entendimento, você, como profissional de educação física, colocará em prática os procedimentos para triar potenciais participantes para o programa de exercícios físicos que desenvolverá com a comunidade.

Na Seção 2.1 abordaremos as diferenças entre atividade física e exercício físico, bem como os componentes da aptidão física relacionados à saúde (*endurance*, composição corporal, força muscular, flexibilidade) e à habilidade (agilidade, coordenação, equilíbrio, potência, tempo de reação, rapidez), além do planejamento e organização das avaliações físicas.

Seguindo para a Seção 2.2, trataremos dos aspectos relacionados à triagem de saúde pré-participação, do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e do questionário Baecke de atividade física habitual, bem como do recordatório de 24 horas de atividade física.

E, por fim, na Seção 2.3, discutiremos pedometria e acelerometria, procedimentos para a mensuração da massa corporal, da estatura e dos perímetros corporais. Além da mensuração da aptidão física relacionada à saúde. E finalizaremos com o tema saúde coletiva e perspectivas para as recomendações atuais de atividade física.

Seção 2.1

Contextualizando aptidão física

Diálogo aberto

A partir da diferenciação entre atividade física e exercício físico, você deve estar apto a relacionar os componentes da aptidão física à saúde e às habilidades físicas. Com esse entendimento estabelecido, quais as metas a serem desenvolvidas para ganho de aptidão física pelos usuários da UBS, no contexto da ESF?

Imagine-se na UBS. Lá, você passa a acompanhar o caso do Sr. Antônio que já no primeiro contato relata que tinha o hábito de ir caminhando de sua residência ao supermercado (que fica a 1000 metros de sua residência), porém, há um mês trocou a caminhada pelo ônibus, pois estava sentindo moderada dificuldade para deslocar-se caminhando, sentindo-se "sem fôlego" para tal atividade. Considere ainda que ele apresenta um biótipo com concentração de gordura em torno da região abdominal e refere estar com dificuldade para carregar as sacolas, que sempre carregou.

Determinado previamente o conceito de aptidão física, agora você está apto a avaliar o nível de atividade física bem como da aptidão física. Como você pode fazer uso dos resultados identificados pelos questionários aplicados a partir dos métodos de autorrelato? Quais **as metas a serem desenvolvidas** para o Sr. Antônio, visando o ganho de aptidão física relacionada à saúde?

Não pode faltar

Caro aluno, vamos dar início a esta seção com uma provocação! Provocação para que você reflita sobre a Figura 2.1. Diante dela, quais associações você é capaz de fazer com as palavras sedentarismo, estilo de vida, escolhas, contemporaneidade?

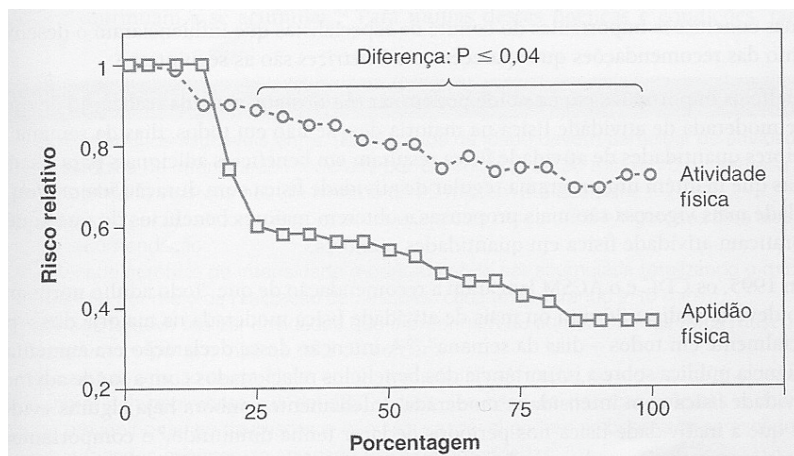
Figura 2.1 | Ilustração estereotipada do sedentarismo

Fonte: <http://www.istockphoto.com/br/vetor/pregui%C3%A7oso-homem-comendo-batatas-fritas-e-assistir-tv-gm539108784-96042405>. Acesso em: 1 maio 2017.

Associações e reflexões realizadas, vamos complementar a provocação inicial!

Estudos comprovam que a prática regular de atividades físicas e a adoção de um estilo de vida ativo são fundamentais para a prevenção primária e tratamento de inúmeras doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as relacionadas a problemas cardiovasculares e câncer (ANDERSON et al., 2010). Além de atuar na prevenção ou na redução da osteoporose, melhora ainda a capacidade funcional e o bem-estar psicossocial, além de reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Acompanhe a Figura 2.2! Você poderá perceber que quanto mais baixa a aptidão física e menor o nível de atividade física desempenhado, maior o risco relativo de doença cardiovascular aterosclerótica.

Figura 2.2 | Curva de causa-efeito estimada para o risco relativo de doença cardiovascular aterosclerótica por porcentagens de aptidão e atividade física das amostragens

Fonte: Thompson (2013, p. 5).

Portanto, o sedentarismo pode ser considerado um problema de saúde pública, tornando-se necessária a ampliação das políticas públicas de saúde por meio da inclusão do profissional de educação física no NASF, com o objetivo de promover hábitos saudáveis de vida na população (SCHUH et al., 2015).

Quadro 2.1 | Definições de "atividade física" e "exercício físico"

Atividade física: qualquer movimento corporal produzido pela contração dos músculos esqueléticos e que resulte em aumento substancial das necessidades calóricas sobre o gasto energético em repouso.

Exercício físico: é um tipo de atividade física que consiste em movimentos corporais planejados, estruturados e repetitivos realizados para melhorar e/ou manter um ou mais componentes da aptidão física.

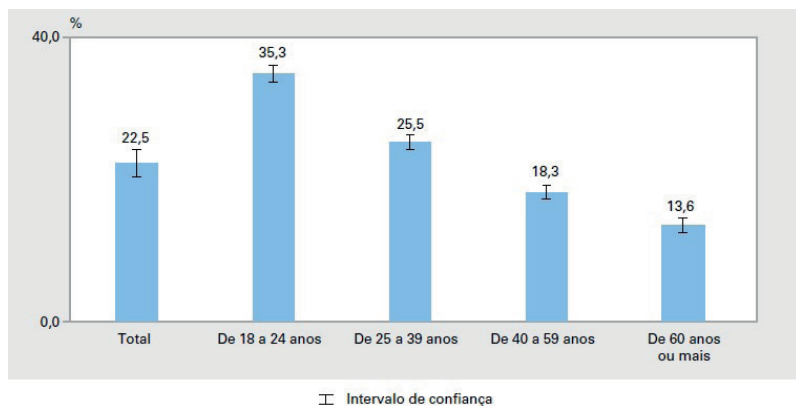
Fonte: Thompson (2013, p. 2).

Você sabia que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o IBGE, conduziu e publicou em 2013 uma Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) intitulada *Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas?* Essa pesquisa foi construída a partir da premissa de que a prática regular de exercícios físicos ou esportes é considerada

fator de proteção à saúde das pessoas; tal estudo considerou ainda algumas oportunidades para indivíduos adultos serem fisicamente ativos, classificadas em quatro domínios: no lazer (no tempo livre), no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas.

Com o objetivo de captar a intensidade e a duração média de realização de exercício físico/esporte para adultos, foram incluídas na PNS perguntas referentes a essas atividades. Dentre essa temática, foi feito um recorte sobre a prática de "Atividade Física" realizada nos âmbitos do lazer, do trabalho e do deslocamento. Vamos acompanhar os resultados dessa pesquisa a partir dos gráficos, na sequência?

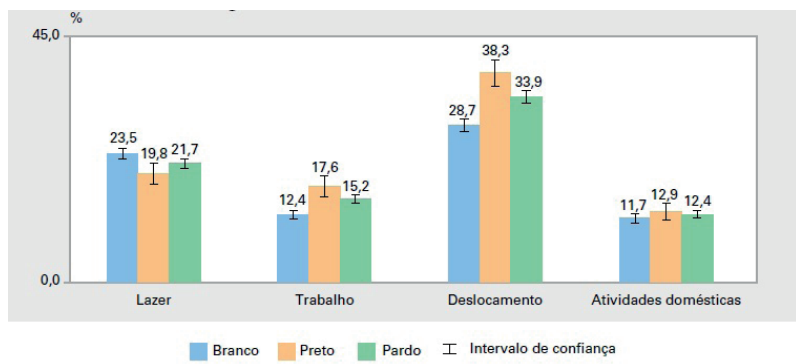
O Gráfico 2.1 nos mostra que, considerando-se indivíduos adultos que realizam atividades físicas recomendadas, no âmbito do lazer, verifica-se que os jovens (18-24 anos) são os que mais se exercitam fisicamente. Em contraposição, os idosos (60 anos ou mais) são os que menos se exercitam.

Gráfico 2.1 |Proporção de adultos que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer, segundo os grupos de idade (intervalo de confiança de 95%)

Fonte: IBGE (2013).

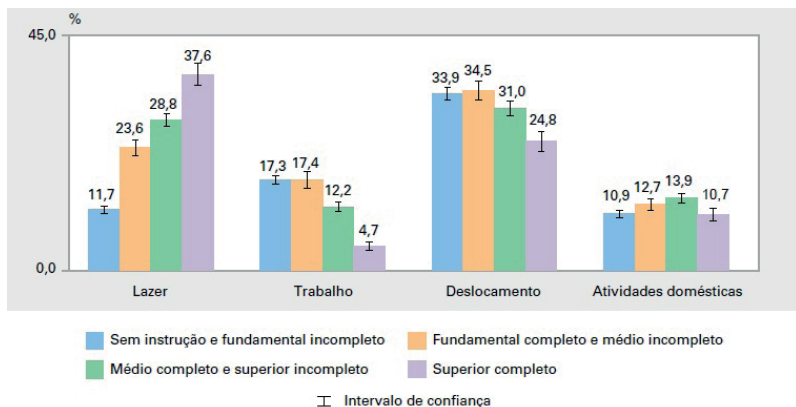
No Gráfico 2.2, você poderá perceber que dentre os adultos brancos, 28,7% praticavam 30 minutos diários de atividade física durante seu deslocamento*, entre os adultos negros esta frequência foi de 38,3% e entre os pardos 33,9%.

*Segundo a pesquisa, o nível de atividade física considerado para deslocamento de atividades habituais, como o trabalho, ou escola, ou curso, ou até mesmo levar alguém para estes lugares de bicicleta

ou caminhando deve despender pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta.

Gráfico 2.2 | Proporção de adultos (acima de 18 anos) fisicamente ativos, por cor ou raça, segundo o domínio da atividade (intervalo de confiança de 95%)

Fonte: IBGE (2013).

Veja o Gráfico 2.3 e atente-se para a relação verificada entre "nível de instrução" e atividade física desempenhada. Durante o lazer, a realização de atividade física está associada ao nível de escolaridade, numa relação diretamente proporcional! E quando olhamos para a "realização de trabalho" e atividade física desempenhada, infere-se que quanto maior a escolaridade, menor o gasto energético empregado!

Gráfico 2.3 | Proporção de pessoas de 18 anos de idade ou mais fisicamente ativas, por nível de instrução, segundo o domínio de atividade (intervalo de confiança de 95%)

Fonte: IBGE (2013).

Segundo a pesquisa realizada pelo IBGE, a proporção de adultos classificados na condição de insuficientemente ativos no Brasil foi de 46,0%. Estes indivíduos não praticaram atividade física ou praticaram por período menor que 150 minutos por semana, considerando os três domínios: lazer, trabalho e deslocamento para o trabalho. Mais da metade (62,7%) das pessoas de 60 anos de idade ou mais era inativa, e o grupo de idade menos sedentário foi o de 18 a 24 anos de idade, 36,7%. Dos indivíduos sem instrução ou com fundamental incompleto, 50,6% são fisicamente inativos, sendo este o grupo mais representativo dentre os demais. Em relação às características de cor ou raça, foi possível observar que 47,9% dos brancos eram insuficientemente ativos, quando em relação aos negros, 42,4% estavam nesta condição. Entre os pardos, 44,8% não praticavam o nível recomendado de atividade física.

Por que será que boa parte dos brasileiros, de acordo com essa pesquisa, é considerada insuficientemente ativa? Você, como futuro profissional de educação física, consegue imaginar o desafio que se apresenta para seu campo de atuação? Já consegue imaginar estratégias para lidar com esse desafio, isto é, com o sedentarismo?

Pesquise mais

Se você quiser saber mais sobre a Pesquisa Nacional de Saúde, conduzida pelo IBGE, acesse o link disponível a seguir:

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 1 maio 2017.

Você ainda poderá pesquisar mais sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca dos níveis de atividade física para todas as faixas etárias no link disponível a seguir:

VEGA, J. B. **Recomendações da OMS dos níveis de atividade física para todas as faixas etárias**. Estilo de Vida Saudável, 2017. Disponível em: <http://www.saude.br/index.php/articles/84-atividade-fisica/229-recomendacoes-daoms-dos-niveis-de-atividade-fisica-para-todas-as-faixas-etarias>. Acesso em: 25 mar. 2017.

Nosso próximo tema será discutir os componentes de aptidão física! Aptidão física é entendida como o conjunto de atributos ou características que um indivíduo tem ou alcança, e que se relaciona com sua habilidade de realizar uma atividade física. Esses componentes são importantes, pois podem inferir sobre a condição de saúde dos indivíduos. Atente-se para o Quadro 2.2:

Quadro 2.2 | Componentes da aptidão física relacionados com saúde

***Endurance* cardiorrespiratória**: habilidade de os sistemas circulatório e respiratório fornecerem oxigênio durante a atividade física sustentada.

Composição corporal: as quantidades relativas de músculo, gordura, osso e outras partes vitais do corpo.

Força muscular: habilidade do músculo em vencer uma resistência.

***Endurance* muscular**: habilidade do músculo continuar a trabalhar sem se fatigar.

Flexibilidade: amplitude de movimento máxima de uma articulação.

Fonte: Thompson (2013, p. 3).

Exemplificando

Vamos imaginar que Dona Joana apresenta dificuldade para deslocar-se caminhando de sua casa à padaria (500 metros), sempre refere "falta de ar" (baixa ***endurance* cardiorrespiratória**). Apresenta um biótipo com alta concentração de gordura em torno da região abdominal (**composição corporal**), não consegue carregar a sacola cheia (**força muscular, *endurance* muscular**), e ainda refere limitação na movimentação dos ombros (**flexibilidade**).

Perceba a relação entre esses componentes de aptidão física com a possível condição de saúde de Dona Joana! Com as informações trazidas, podemos inferir que se trata de uma boa condição de saúde? Parece que não!

Agora, vamos trazer outros componentes da aptidão física, aqueles relacionados com a habilidade. Veja o Quadro 2.3.

Quadro 2.3 | Componentes da aptidão física relacionados com a habilidade

Agilidade: habilidade de mudar a posição do corpo no espaço com rapidez e precisão.

Coordenação: habilidade de utilizar os sentidos, como a visão e audição, em conjunto com as partes corporais na realização de tarefas de modo harmônico e preciso.

Equilíbrio: manutenção do equilíbrio estático ou em movimento (dinâmico).

Potência: habilidade com que uma pessoa pode realizar trabalho.

Tempo de reação: tempo decorrido entre o estímulo e o início da reação a ele.

Rapidez: habilidade de realizar um movimento no menor tempo possível.

Fonte: Thompson (2013, p. 3).

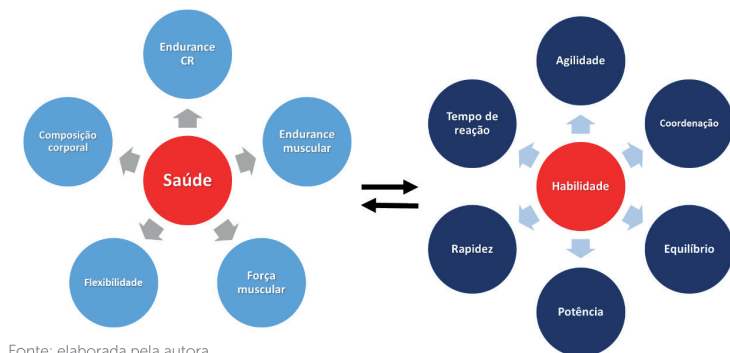
Exemplificando

Vamos imaginar o Sr. Amarildo, de 63 anos, em sua rotina diária, e uma das atividades que realiza é tomar o ônibus para visitar sua filha, Margarete. Considere que essa atividade diária está sendo desempenhada com alguma dificuldade, de acordo com ele. E você só sabe disso porque já aprendeu sobre a clínica ampliada, isto é, você já entendeu que, como profissional da saúde, para lidar com pessoas, devem ser consideradas suas dimensões social e subjetiva, e não somente a dimensão biológica.

As habilidades mencionadas são muito importantes para o desempenho de uma série de atividades na rotina diária das pessoas. No contexto específico, o ato de pegar um ônibus demanda essas habilidades. Exercite relacionar cada uma dessas habilidades com a atividade de pegar um ônibus!

O seu próximo passo será avaliar o Sr. Amarildo segundo os componentes da aptidão física relacionados com a habilidade. Como estão os componentes **Agilidade, Coordenação, Equilíbrio, Potência, Tempo de reação, Rapidez** do Sr. Amarildo? Para avançar, aguarde a próxima seção deste livro!

Você pode fixar e estabelecer conexões entre os componentes da aptidão física, trabalhados nesta seção, observando a Figura 2.3. Nela você identifica tanto os componentes relacionados com a saúde quanto os relacionados com a habilidade.

Figura 2.3 | Ilustração esquemática dos componentes da aptidão física

Fonte: elaborada pela autora.

Agora que você compreende a importância dos componentes da aptidão física, deve ficar claro que a primeira etapa do processo de avaliação para intervenções em saúde, visando à promoção da atividade física, é o planejamento das avaliações. Entre as diversas decisões a serem tomadas pelo profissional de educação física, destaca-se, segundo Garcia e colaboradores (2015):

- **O que avaliar?**
- **Como avaliar?**
- **Quando avaliar os resultados da intervenção proposta?**

Atente-se que todos esses questionamentos sobre o que, como e quando avaliar dependem uns dos outros e, por vezes, ocorrem de forma simultânea. Além de dependerem de diversos fatores, devem ser considerados:

- Os objetivos e os resultados esperados.
- As características, o contexto espaço-temporal e o embasamento teórico das intervenções.
- As características e a quantidade do que será avaliado (pessoas, instituições, processos de trabalho etc.).

- Os recursos (financeiros, materiais, pessoais, estruturais, de tempo etc.) disponíveis para as avaliações.

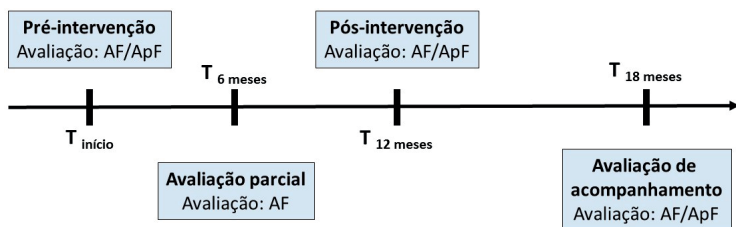
- O objetivo da avaliação que se quer realizar (isto é, se será uma avaliação de processo, de impacto ou de longo prazo).

Você não deve perder de vista que o foco fundamental é buscar estratégias que aumentem o nível de atividade física dos participantes, seja por intervenção direta com os usuários do SUS ou, de forma indireta, por meio do treinamento dos profissionais de saúde envolvidos no NASF, por exemplo. A partir de então, os principais objetos da avaliação devem ser tanto a mudança da prática de atividade física nos domínios do lazer e do deslocamento quanto o ganho efetivo de aptidão física.

Ter como um dos objetivos a aptidão física (uma vez que o objetivo primário das estratégias será aumentar o nível de atividade física) se justifica pela forte inter-relação dela com a prática de atividade física, ambas podendo ter importante influência sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Uma vez definido "**o que avaliar**", pode-se decidir o "**como avaliar**". Existem diversas formas de se avaliar a atividade física e a aptidão física, cada uma com suas especificidades, vantagens e desvantagens. Não existe o melhor instrumento ou protocolo, aquele que pode ser aplicado em todas as situações. As escolhas mais adequadas dependem dos objetivos da avaliação, das características e da quantidade de pessoas a serem avaliadas e dos recursos disponíveis – isso você verá na próxima seção!

O "**quando**" avaliar é outra decisão importante. Por exemplo, na Figura 2.4, apresenta-se uma proposta de quando avaliar.

Figura 2.4 | Proposta para realização de avaliações com os participantes ao longo do tempo

Fonte: adaptado de Garcia et al. (2015, p. 113).

Legenda: AF - atividade física; ApF - aptidão física; T início – 1ª Avaliação; T 6 meses - após 6 meses; T 12 meses - após 12 meses; T18 meses - após 18 meses.

Após o **planejamento das avaliações**, há a **etapa de organização**. Nela, destacam-se dois momentos importantes: o pré-teste das avaliações e o treinamento e padronização das mensurações. Na etapa de pré-teste são verificados quais os instrumentos e procedimentos mais adequados para o que se pretende avaliar, bem como são identificadas as possíveis dificuldades de mensuração.

De acordo com Garcia e colaboradores (2015) é muito importante que os profissionais de saúde que trabalham no SUS ampliem seus conhecimentos sobre as avaliações a serem realizadas, pois isso permitirá:

- Melhorar o consumo de informações sobre as ações que vêm sendo testadas e implantadas no sistema;
- Avaliar melhor o resultado de suas próprias ações;
- Aumentar o leque de possibilidades de avaliação, a fim de buscar o que será adequado no trabalho cotidiano com os usuários do sistema, quando necessário.

Sem medo de errar

Você está na UBS e passa a acompanhar o caso do Sr. Antônio. Já no primeiro contato entre vocês, o Sr. Antônio relata que tinha o hábito de ir caminhando de sua residência ao supermercado (que fica a 1000 metros de sua residência), porém, há um mês trocou a caminhada pelo ônibus, pois estava sentindo moderada dificuldade para deslocar-se caminhando, sentindo-se sem fôlego para tal atividade.

Considere ainda que ele apresenta um biótipo com concentração de gordura em torno da região abdominal e refere estar com dificuldade para carregar as sacolas, que sempre carregou.

A partir do exposto, quais **as metas a serem desenvolvidas** para o Sr. Antônio, visando o ganho de aptidão física relacionada à saúde?

1. A moderada dificuldade relatada para deslocar-se caminhando, sentindo-se sem fôlego para tal atividade, pode estar relacionada à baixa ***endurance* cardiorrespiratória**.

2. O biótipo com alta concentração de gordura em torno da região abdominal está relacionado ao desequilíbrio da **composição corporal.**

3. A dificuldade para carregar as sacolas, que sempre carregou, pode ser associada à redução tanto da **força** quanto da ***endurance* muscular** de membros superiores/região do tronco.

Diante do quadro, você deve focar em metas para ganho de aptidão física, que são:

1. Aumento da ***endurance* cardiorrespiratória**.

2. Redução da gordura abdominal, alterando a composição corporal.

3. Ganho de força e de ***endurance* muscular** de membros superiores/região do tronco.

Perceba que ainda não chegamos no ponto de discutir quais os passos para se atingir as metas propostas. Mais à frente, chegaremos lá!

Avançando na prática

Identificando a aptidão física no contexto das habilidades: relato de caso no âmbito da ESF

Descrição da situação-problema

A equipe de saúde da família acionou o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) para receber o apoio matricial. Trata-se de um caso, identificado na comunidade, de uma senhora (63 anos), Dona Carmem, que passa a ter sua rotina diária alterada diante de uma simples restrição: está com dificuldades físicas relacionadas ao ato de pegar o ônibus para visitar sua filha, Lúcia.

Numa conversa com Dona Carmem, você terá a oportunidade de elencar as habilidades relacionadas à aptidão física necessárias ao desempenho desta atividade, ou seja, pegar o ônibus!

Resolução da situação-problema

As habilidades mencionadas são muito importantes para o desempenho de uma série de atividades da rotina diária das pessoas. No contexto específico, o ato de pegar um ônibus demanda essas habilidades. Vamos relacionar cada uma das habilidades com a atividade de pegar um ônibus!

Retomando as habilidades:

- **Agilidade**: habilidade de mudar a posição do corpo no espaço com rapidez e precisão.
- **Coordenação**: habilidade de utilizar os sentidos, como a visão e audição, em conjunto com as partes corporais na realização de tarefas de modo harmônico e preciso.
- **Equilíbrio**: manutenção do equilíbrio estático ou em movimento (dinâmico).
- **Potência**: habilidade com que uma pessoa pode realizar trabalho.
- **Tempo de reação**: tempo decorrido entre o estímulo e o início da reação a ele.

Perceba que cada uma dessas habilidades é solicitada/demandada durante a atividade de pegar um ônibus! Veja só alguns exemplos:

1. Estar à espera no ponto de ônibus – **Equilíbrio/ Coordenação**

2. Dar sinal para o ônibus parar - **Tempo de reação/ Equilíbrio**

3. Subir os degraus do ônibus - **Potência**

4. Separar o dinheiro da passagem/apresentar o "cartão/bilhete" - **Coordenação**

5. Se acomodar no assento - **Equilíbrio**

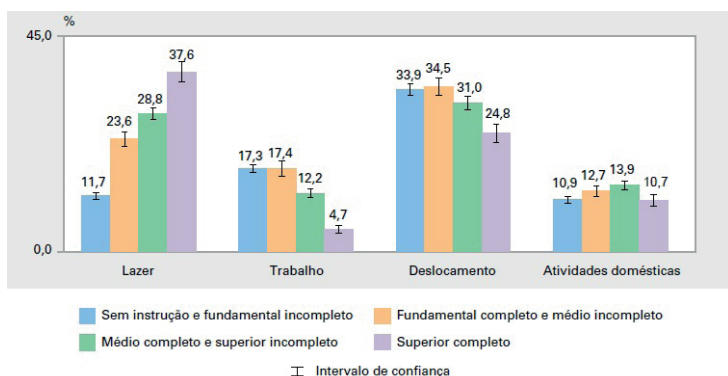
6. Perceber o momento de descer - **Coordenação**

7. Descer efetivamente do ônibus - **Agilidade**

Feitas as associações possíveis, você terá condições de identificar quais habilidades podem estar prejudicadas, contribuindo para restringir a utilização de ônibus pela Dona Carmem, e poderá então estabelecer as metas a serem atingidas para promover a saúde de Dona Carmem no contexto de suas atividades de vida diária.

Faça valer a pena

1.

Gráfico 2.3 | Proporção de pessoas de 18 anos de idade ou mais fisicamente ativas, por nível de instrução, segundo o domínio de atividade (intervalo de confiança de 95%)

Fonte: IBGE, (2013).

Segundo a pesquisa, o nível de atividade física considerado para deslocamento de atividades habituais, como o trabalho, ou escola, ou curso, ou até mesmo levar alguém para estes lugares, de bicicleta ou caminhando, deve despender pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta.

A partir do gráfico extraído de uma Pesquisa Nacional de Saúde (PNS),

conduzida pelo IBGE, intitulada *Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas,* pode-se afirmar que:
I. Quanto maior o grau de instrução, menos atividade física durante o deslocamento para o local de trabalho.
II. Quanto maior o grau de instrução, mais atividade física se realiza durante o lazer.
III. Quanto maior o grau de instrução, mais atividade física se realiza durante o trabalho.
Assinale a alternativa correta:
a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) As afirmativas I e II estão corretas.
c) Apenas a afirmativa I está correta.
d) Apenas a afirmativa II está correta.
e) As afirmativas II e III estão corretas.

2. Segundo pesquisa realizada pelo IBGE (Pesquisa Nacional de Saúde - *Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*, 2013), a proporção de adultos classificados na condição de insuficientemente ativos no Brasil foi de 46,0%. Estes indivíduos não praticaram atividade física ou praticaram por período menor que 150 minutos por semana, considerando os três domínios: lazer; trabalho e deslocamento para o trabalho. Mais da metade (62,7%) das pessoas de 60 anos de idade ou mais era inativa, e o grupo de idade menos sedentário foi o de 18 a 24 anos de idade, 36,7%.
A partir das informações apresentadas, é possível inferir que:
I. Quase metade da população adulta brasileira é sedentária.
II. Os idosos se exercitam mais do que os jovens.
III. Atividades físicas podem ser realizadas tanto durante o lazer quanto durante o trabalho.
Assinale a alternativa correta, a partir do texto apresentado:
a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) Apenas a afirmativa I está correta.
c) As afirmativas II e III estão corretas.
d) As afirmativas I e III estão corretas.
e) Apenas a afirmativa III está correta.

3. O termo aptidão física é entendido como o conjunto de atributos ou características que um indivíduo tem ou alcança, e que se relaciona com sua habilidade de realizar uma atividade física. A partir dos componentes da aptidão física relacionados com saúde, tem-se que:
I. *Endurance* cardiorrespiratória é a habilidade de os sistemas circulatório e respiratório fornecerem oxigênio durante a atividade física sustentada.

II. Composição corporal está relacionada às quantidades relativas de músculo, gordura, osso e outras partes vitais do corpo.
III. Força muscular é a habilidade de o músculo continuar a trabalhar sem se fatigar.
IV. *Endurance* muscular é a habilidade do músculo em vencer uma resistência.
V. Flexibilidade é a amplitude de movimento máxima de uma articulação.
Assinale a alternativa correta, a partir do texto apresentado:
a) As afirmativas I, II, III, IV e V estão corretas.
b) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
c) Apenas as afirmativas I, II e V estão corretas.
d) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
e) Apenas as afirmativas III, IV e V estão corretas.

Seção 2.2

Instrumentos e protocolos de avaliação da atividade física e da aptidão física – inicial

Diálogo aberto

José Luís (62 anos) foi encaminhado pela equipe de saúde da família ao NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Chegando à UBS, a enfermeira realizou o seu acolhimento e, durante a conversa, dentre outras informações obtidas sobre a saúde do idoso, ele falou sobre o desejo de participar aos finais de semana dos bailes promovidos pela comunidade.

O seu José Luis não se sentia confortável para dançar (apesar de seu desejo), pois relatava "fôlego curto" e "pernas duras" para dançar. A enfermeira discutiu o caso com a equipe e prontamente o profissional de educação física foi demandado; lembre-se de que o profissional de educação física compõe o NASF e presta apoio matricial às equipes de saúde da família (como visto na **Unidade 1, Seção 1.2**).

Determinado previamente o conceito de aptidão física, agora você está apto a avaliar os níveis de atividade física bem como de aptidão física. Como você pode fazer uso dos resultados identificados pelos questionários aplicados, a partir do método de autorrelato?

Não pode faltar

Agora que já estudou na seção anterior sobre atividade física, exercício físico, bem como aptidão física e seus componentes, chegou a hora de entrarmos na seção sobre avaliação da aptidão física. Lembre-se que, como profissional de educação física atuante na atenção primária à saúde, você terá a atividade física/exercício físico como aliados tanto na promoção da saúde quanto na prevenção de doenças!

Como ponto de partida, para fomentar e promover estilos de vida saudáveis através da atividade física nas suas diferentes manifestações, constituindo-se em um meio efetivo para a construção coletiva da qualidade de vida, é fundamental que você seja capaz de realizar

triagens dos potenciais participantes nos programas de exercícios a serem desenvolvidos (LUCENA et al., 2004).

Os participantes devem ser submetidos à anamnese para a detecção de possíveis fatores de risco para doenças cardiovasculares, pulmonares e metabólicas, dentre outras condições de saúde que demandam atenção. Ressalta-se que essas avaliações iniciais são muito importantes, tanto para otimizar a segurança durante os testes com exercícios quanto para ajudar no desenvolvimento de uma prescrição de exercícios que seja segura (THOMPSON, 2013).

Tenha em mente que avaliações de pré-participação em programas de exercício físico são importantes quando as pessoas decidem praticar alguma atividade física e, em geral, devem ter orientação de profissionais de educação física (GARCIA et al., 2015).

É necessário ressaltar que existem divergências acerca do nível de rastreamento que deve ser utilizado para populações comunitárias compreendendo indivíduos saudáveis e de baixo risco para morte súbita ou eventos cardiovasculares não fatais (GARCIA et al., 2015). Diante disso, esta seção se propõe a apresentar alguns instrumentos e protocolos de avaliação da atividade física e da aptidão física, basicamente questionários a serem aplicados para traçar o perfil de aptidão física prévio dos participantes.

Vamos começar pelo PAR-Q, uma ferramenta bastante útil na triagem de pessoas que virão a participar de programas de exercícios físicos comunitários, de intensidade moderada, desenvolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS). O PAR-Q (*Physical Activity Readiness Questionnaire*) é um questionário que avalia a prontidão para a atividade física; desenvolvido na década de 1970 (no Canadá), tem o objetivo de fazer uma triagem rápida e segura para a avaliação de pré-participação em programas de exercícios físicos e esportes.

É importante que você saiba que o Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM), por meio do "*ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*" recomendou o uso do PAR-Q como uma avaliação de pré-participação segura para as práticas de exercícios físicos. O PAR-Q pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde treinado, dado que o instrumento é autorrespondido e de fácil entendimento.

O PAR-Q é composto por sete questões (Quadro 2.4), elaborado para avaliar se as pessoas de 15 a 69 anos de idade estão aptas a se engajarem num programa de exercício físico sem a necessidade de

avaliação médica. Caso a pessoa responda positivamente a uma ou mais perguntas do PAR-Q, ela será orientada a consultar um médico. Estas sete questões foram consideradas 100% sensíveis e 80% específicas na detecção de alguma contraindicação médica para a prática regular de exercícios físicos.

Quadro 2.4 | Questionário de prontidão para a atividade física ou *Physical Activity Readiness Questionnaire* (PAR-Q)

Sim	Não	Perguntas
( )	( )	Seu médico alguma vez disse que o (a) sr (a) tem problema no coração e que deve apenas praticar atividades físicas recomendadas por médico?
( )	( )	O (A) sr (a) sente dor no peito quando pratica atividade física?
( )	( )	No último mês, o (a) sr (a) teve dor no peito quando não estava praticando atividade física?
( )	( )	O (A) sr (a) perde equilíbrio devido a tonturas ou alguma vez perdeu a consciência?
( )	( )	O (A) sr (a) tem problema ósseo ou articular (por exemplo, nas costas, joelho ou quadril) que poderia ficar pior por alguma mudança em sua atividade física?
( )	( )	Seu médico está atualmente receitando algum remédio (por exemplo, diurético) para pressão arterial ou problema cardíaco?
( )	( )	O (A) sr (a) sabe de **qualquer outra razão** pela qual não deva praticar atividade física?

Fonte: adaptado de <http://www.csep.ca/cmfiles/publications/parq/par-q.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2017.

Exemplificando

Apresenta-se aqui, como exemplo, uma experiência do grupo de pesquisa em atividade física do GEPAF (Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde), da Universidade de São Paulo (EACH – USP).

O GEPAF tomou como população-alvo da intervenção pessoas adultas residentes no Distrito de Ermelino Matarazzo, localizado no extremo leste de São Paulo. O PAR-Q foi aplicado a todos os indivíduos participantes das práticas de exercícios físicos supervisionados por profissionais de

educação física. Em 12 meses de intervenções, não foram registradas intercorrências cardiovasculares fatais ou não fatais em nenhum dos participantes do estudo. E nas 50 pessoas que apresentaram alguma resposta positiva no PAR-Q, realizou-se avaliação clínica por médico, consistindo de anamnese e exame físico detalhados.

Pesquise mais

Se você quiser saber mais informações sobre a utilização do PAR-Q para triagem inicial de participantes em programas de atividade física, conduzido pelo GEPAF, consulte o link disponível em: <http://www.each.usp.br/ambienteativo/index.php>. Acesso em: 8 maio 2017.

Para saber mais sobre o PAR-Q, consulte informações sobre a Sociedade Canadense de Fisiologia do Exercício, responsável pelo gerenciamento do **PAR-Q** no Canadá. Você pode acessar o link disponível em: <http://www.csep.ca/home>. Acesso em: 9 maio 2017.

No Município de São Paulo, desde 2003, tornou-se obrigatória a aplicação do PAR-Q previamente à liberação para a prática de exercícios físicos/esportes. De acordo com a Lei nº 15.681, de 4 de janeiro de 2013, no caso de práticas esportivas amadoras, o PAR-Q deve ser aplicado e renovado anualmente. Mais informações sobre o uso do PAR-Q você pode obter acessando a legislação do município de São Paulo que regulamenta a aplicação do **PAR-Q** no município:

Prefeitura Municipal de São Paulo. **Lei Municipal nº 15. 681**, de 4 de janeiro de 2013. Altera a Lei nº 11.383, de 17 de junho de 1993, e dá outras providências. Diponível em: <http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=09012013L%20156810000>. Acesso em: 9 maio 2017.

Dando continuidade ao processo de avaliação da aptidão física, pode-se utilizar a versão longa do **Questionário Internacional de Atividade Física** (*International Physical Activity Questionnaire* - **IPAQ**), (HALLAL et al., 2010). Ele foi originalmente desenvolvido para ser aplicado em pessoas com 18 anos ou mais de idade, e a sua versão longa permite avaliar o tempo (em minutos) de toda atividade física realizada nos últimos sete dias, em quatro domínios de prática: deslocamento, lazer, trabalho e doméstico (GARCIA et al., 2013). Ele também pode ser autorrespondido ou aplicado por meio de ligação telefônica. O Quadro 2.5 traz informações gerais sobre o IPAQ.

Quadro 2.5 | Domínios do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ

Domínios de prática	Nº questões	Tempo (minutos na semana)
AF no trabalho	7	
AF como meio transporte	6	
AF em casa/doméstico	6	
AF no lazer	7	

Legenda: AF – atividade física

Fonte: elaborado pela autora.

Para saber mais sobre o Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ, no link a seguir, você terá acesso a um estudo de validade e reprodutibilidade do IPAQ para uma amostra da população brasileira.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúd**e, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/931/1222>. Acesso em 9 maio 2017.

O terceiro questionário apresentado é o **Baecke de avaliação da Atividade Física Habitual**. Ele é curto (apenas 16 questões) e permite avaliar a realização de atividade física no trabalho, exercícios físicos ou atividades físicas praticados no lazer e como forma de deslocamento no período dos últimos 12 meses. Ele foi originalmente padronizado para ser autoadministrado, e leva em torno de 5 a 10 minutos para ser respondido (FLORINDO et al., 2004). Ver Quadro 2.6.

Quadro 2.6 | Atividade Física Habitual (Baecke)

Componentes da AFH	Questões
Atividades físicas ocupacionais	1 - 8
Exercícios físicos praticados durante o tempo de lazer	9 - 12
Atividades físicas durante o tempo de lazer e de locomoção, excluindo exercícios físicos	13 - 16

Legenda: AFH – atividade física habitual

Fonte: elaborado pela autora.

Diferentemente do IPAQ, os resultados do Baecke não são em minutos semanais, mas em escores (em escala) que devem ser calculados. Isto é, quanto maior o escore, maior a prática habitual, não sendo possível identificar quanto exatamente foi praticado. Informações sobre como calcular o escore podem ser obtidas no artigo de Florindo e colaboradores (2004).

No entanto, as respostas dependem da memória do respondente, assim como o IPAQ, e a interpretação dos seus resultados não é tão simples por conta da utilização de escores. Por fim, assim como para o IPAQ, a qualidade da informação obtida depende de alguns cuidados, como respondê-lo num ambiente tranquilo e sem interferências, e garantir que o entrevistador esteja treinado e familiarizado com o questionário (GARCIA et al., 2015).

Outra forma de se obter informações sobre a prática de atividade física das pessoas é por meio dos **recordatórios de 24 horas,** nos quais o avaliado deve recordar as principais atividades físicas realizadas nas últimas 24 horas. O método inquérito recordatório de 24 horas de atividade física (R24AF) é um instrumento inovador na área de avaliação da atividade física e foi elaborado para oferecer uma avaliação completa e detalhada para profissionais de atividade física e nutrição (RIBEIRO et al., 2011) – ver Figura 2.5.

Figura 2.5 | Modelo do recordatório de 24 horas de atividades físicas (R24AF)

ID: ________ Data: ____/____/____ Dia da semana e horário: ________			
Horário do dia	Atividades realizadas nas últimas 24 horas	Tempo total (horas/ minutos)	MET
Tempo total avaliado: ______ h ______ min		Tempo total de sono: ______ h ______ min	
Tempo total em atividades sentadas ou deitadas (repouso): ______ h ______ min			

Fonte: Ribeiro et al., (2011).

Os métodos recordatórios oferecem um relato detalhado das atividades, permitindo avaliar a variação das atividades físicas realizadas em diferentes períodos do dia e em diferentes dias da semana. Além

de analisar de forma detalhada os diferentes domínios, contemplando a atividade física de intensidade leve, moderada e intensa, e até mesmo comportamentos sedentários (RIBEIRO et al., 2011).

Associado ao R24AF, existe um software específico para calcular os minutos em atividade física leve, moderada e vigorosa. Este software utiliza como base o compêndio de atividades físicas de AINSWORTH (versão em português por FARINATTI, 2003) e possibilita a avaliação dos minutos de atividades físicas leves, moderadas e vigorosas, além de estimar o gasto energético das atividades com base na taxa de equivalente metabólico (MET).

Esse software pode ser obtido gratuitamente pelo Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF) da Universidade de São Paulo por todos os interessados em utilizar o R24AF. Para ter acesso ao software, basta contatar os pesquisadores do grupo pelo *website* disponível em: <http://www.each.usp.br/gepaf/>. Acesso em: 9 maio 2017.

Reflita

A mensuração de toda atividade física desenvolvida pelos usuários do SUS, na atenção primária, pode ser inserida na rotina de trabalho dos profissionais por meio de avaliações simples, com o propósito de se obter informações que ajudem na elaboração de ações específicas para o território e contribuam na avaliação dessas ações.

No cotidiano do SUS, há muitas oportunidades que os profissionais de saúde podem utilizar para conversar com as pessoas e coletar informações importantes, como as visitas domiciliares (incluindo as dos agentes comunitários de saúde), eventos comunitários, a sala de espera da Unidade Básica de Saúde (UBS) e as próprias sessões das atividades desenvolvidas pela UBS.

Contudo, é essencial que haja um processo de educação permanente para que ocorra a sistematização dessas avaliações de forma adequada, principalmente guiado pelos profissionais de educação física, que são os agentes qualificadores dessas ações na atenção primária, compondo o NASF e oferecendo apoio matricial às equipes de saúde da família.

No quadro 2.7, você pode acompanhar uma síntese comparativa dos quatro questionários apresentados.

Quadro 2.7 | Comparativo entre os questionários de avaliação da aptidão/atividade física

Questionário	Objetivo	Vantagens	Desvantagens
PAR-Q	Triagem rápida pré-participação em programas exercícios	Segurança para prática de atividades físicas. Aceito em diversos países do mundo como uma avaliação formal de pré-participação. Pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde treinado. Facilita o processo de adesão e entrada dos usuários nos programas de atividade física.	Pode apontar resultados falsos positivos, gerando desnecessários encaminhamentos médicos. Barreira para a participação de crianças, adolescentes e idosos em práticas de atividades físicas. Barreira para pessoas com doenças crônicas que precisam se engajar em algum programa de exercício físico.
IPAQ	Avaliar a atividade física semanal nos quatro domínios de prática (deslocamento, lazer, trabalho e doméstico)	Avalia os minutos de atividade física realizados nos últimos sete dias nos quatro domínios de prática. Possibilidade de avaliar os quatro domínios da atividade física separadamente. Baixo custo de aplicação. Facilidade de interpretação dos resultados.	Superestima os minutos de prática quando comparados com mensurações de sensores de movimento. As respostas dependem da memória dos respondentes. Possibilidade dos últimos sete dias não representarem uma semana habitual da pessoa.

Questionário	Objetivo	Vantagens	Desvantagens
Baecke	Avaliar a prática habitual de atividade física	Padrão mais habitual de comportamento, uma vez que considera os últimos 12 meses. Questionário curto.	Não é possível mensurar quanto se praticou de atividade física. As respostas dependem da memória dos respondentes. A interpretação dos resultados não é tão simples por conta da utilização de escores.
R24AF	Avaliar a variação das atividades físicas realizadas em diferentes períodos do dia, em diferentes dias da semana, e analisar de forma detalhada os diferentes domínios	Relato detalhado das atividades realizadas	As respostas dependem da memória dos respondentes. Sua aplicação é mais longa do que a maior parte dos questionários. Requer contato intensivo com as pessoas avaliadas durante a coleta.

Fonte: elaborado pela autora.

O Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF) da Universidade de São Paulo tem como objeto de estudo a prática de atividade física em populações. O GEPAF congrega pesquisadores e estudantes com interesse sobre os fatores que influenciam a prática de atividade física e intervenções para promovê-la, com foco no contexto populacional. Para obter mais informações, acesse o link do grupo, disponível em: <http://www.each.usp.br/gepaf/>. Acesso em: 6 maio 2017.

O Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, CELAFISCS, reúne profissionais da área da saúde com o propósito de fomentar a pesquisa na área das Ciências do Esporte. Esse centro

desenvolve diferentes tipos de atividades acadêmicas e de pesquisa, procurando analisar a relação entre atividade física e saúde em quatro dimensões: recuperação, manutenção, promoção e excelência. Se você tem interesse em saber mais sobre essa temática, recomendamos que procure mais informações no "Manual para avaliação de atividade física", disponível em: <http://www.celafiscs.org.br/index.php/artigos-cientificos>. Acesso em: 6 maio 2017.

Sem medo de errar

Diante do contexto apresentado, identificaremos algumas possibilidades que têm relação com a seção estudada.

Você já sabe que o profissional de educação física, na atenção primária à saúde, tem como objetivo promover estilos de vida saudáveis. E como você também já estudou, as ações que nortearão o desenvolvimento de todo o seu trabalho são tanto a promoção da saúde quanto a prevenção de doenças (**Unidade 1, Seção 1.1**).

Resgatando a **Unidade 2, Seção 2.1**, segundo a pesquisa realizada pelo IBGE (2013), a proporção de adultos classificados na condição de insuficientemente ativos no Brasil foi de 46,0%. Esses indivíduos não praticaram atividade física ou praticaram por período menor que 150 minutos por semana, considerando os três domínios: lazer; trabalho e deslocamento para o trabalho.

Diante do exposto, você deverá estabelecer algumas METAS (tarefas específicas para alcançar os objetivos):

- **1º meta**: conhecer o nível de aptidão física do seu José Luís.
- **2º meta**: identificar as principais atividades físicas realizadas por seu José Luís (no deslocamento, no trabalho, no lazer, em casa).
- **3º meta**: identificar as atividades físicas preferenciais do seu José Luís (ele já deu uma pista).

Diante dessas metas, suas **próximas AÇÕES** podem se pautar em:

1. Aplicação do PAR-Q para triagem inicial de pré-participação em programas de exercícios. Considere duas possibilidades:

- Se responder SIM a duas questões – NÃO APTO, portanto, ele deverá ser encaminhado ao médico para investigar melhor sua condição de saúde.

• Se responder NÃO a todas as questões – APTO, portanto, poderá ser dado seguimento às avaliações com outros questionários, por exemplo.

Se APTO:

2. Você pode seguir e aplicar o IPAQ, para avaliar a atividade física semanal nos quatro domínios de prática (no deslocamento, no lazer, no trabalho e doméstico). Veja as informações colocadas na tabela, a partir do IPAQ aplicado com seu José Luís:

Domínios de prática	Nº questões	Tempo (minutos na semana)
AF no trabalho	7	pouco
AF como meio transporte	6	2 horas
AF em casa/doméstico	6	pouco
AF no lazer	7	pouco

Conclusão até aqui: O seu José Luís é sedentário, explorando a atividade física basicamente como meio de transporte. Como podemos avançar para compreender melhor a aptidão física do seu José Luís?

Se aplicarmos o Baecke (Questionário de Atividade Física Habitual) podemos obter informações mais fiéis sobre seus hábitos relacionados à atividade física. Esses resultados permitirão identificar outras características, relacionadas ao quanto ele se exercita no dia a dia, e ainda possíveis preferências de atividades físicas, facilitando ao profissional de educação física propor atividades com grande chance de aceitação de serem incorporadas e realizadas.

Percebeu a importância desses questionários de avaliação? Será que você pode propor estratégias que impactem positivamente a saúde do seu José Luís, considerando as dimensões biológica, social e individual? Sinta-se desafiado!

Avançando na prática

Aptidão física e depressão: propondo abordagens de avaliação

Descrição da situação-problema

Através das redes de atenção à saúde (Redes do SUS), a UBS em que você trabalha está articulada com um CAPs (Centro de

Atenção Psicossocial). A assistente social do CAPs trouxe uma demanda a ser discutida nas reuniões de equipe sobre o grande número de usuários com depressão.

Você, como profissional de educação física, preparou uma apresentação para o time da saúde explorando a importância da atividade física no trabalho com pessoas diagnosticadas com depressão. Após sua explanação, você foi solicitado para desenvolver um processo para triar os potenciais participantes de um programa de exercícios físicos. Diante desse contexto, como você estruturaria a triagem?

Resolução da situação-problema

Diante do contexto apresentado, identificaremos algumas possibilidades que têm relação com a seção estudada:

1. Diante do exposto, você deverá estabelecer algumas METAS (tarefas específicas para alcançar os objetivos):

• **1º meta**: conhecer o nível de aptidão física de cada indivíduo do grupo do CAPs.

• **2º meta**: identificar as principais atividades físicas realizadas pelos indivíduos do grupo do CAPs.

• **3º meta**: identificar as atividades físicas preferenciais dos indivíduos do grupo do CAPs.

Diante dessas metas, suas **próximas AÇÕES** serão:

2. Aplicação do PAR-Q para triagem inicial de pré-participação no programa de exercício que será desenvolvido. Considere duas possibilidades:

• Se responder SIM a três questões – NÃO APTO, portanto, o paciente deve ser encaminhado ao médico para investigar melhor sua condição de saúde.

• Se responder NÃO a todas as questões – APTO, portanto, poderá ser dado seguimento às avaliações com outros questionários.

Se APTOS:

Vamos aplicar o recordatório de 24 horas para todos do grupo? Esse questionário avalia a variação das atividades físicas realizadas em diferentes períodos do dia, em diferentes dias da semana, e analisa de forma detalhada os diferentes domínios.

Como esse método requer contato intensivo com as pessoas avaliadas durante a coleta, será uma possibilidade de você, como profissional de educação física, estar bem próximo do grupo em questão.

A partir das informações obtidas, seu desafio será identificar aspectos comuns nos resultados obtidos individualmente e estruturar, por exemplo, atividades físicas que podem ser desempenhadas de forma coletiva, que atendam às necessidades do grupo em questão. Mas essa proposta ficará para mais adiante!

Faça valer a pena

1. Os participantes de programas de exercícios físicos devem ser submetidos previamente à anamnese para detectar possíveis fatores de risco para doenças cardiovasculares, pulmonares e metabólicas, dentre outras condições de saúde que demandem atenção.
Dentre as alternativas, qual delas melhor revela a importância das avaliações iniciais de pré-participação em programas de exercício?
a) Otimizam a segurança durante os testes com exercício e permitem desenvolvimento de uma prescrição de exercício que seja segura.
b) Garantem a segurança para a realização de exercícios físicos.
c) Evitam a ocorrência de eventos fatais durante a realização de exercícios físicos.
d) Não fazem diferença se realizadas previamente ou apenas após três meses de exercícios físicos.
e) Essas avaliações são realizadas apenas por médicos cardiologistas.

2. Esse questionário é composto por sete questões e foi elaborado para avaliar se as pessoas de 15 a 69 anos de idade estão aptas a se engajarem num programa de exercício físico sem a necessidade de avaliação médica. Caso a pessoa responda positivamente a uma ou mais perguntas, ela será orientada a consultar um médico antes de participar regularmente de programas de exercícios físicos.
Diante das informações obtidas, a qual questionário se refere o texto-base dessa questão?
a) IPAQ.
b) PAR-Q.
c) Baecke de Atividade Física Habitual.
d) Recordatório de 24 horas.
e) Nenhum dos questionários mencionados.

3. Segundo pesquisa realizada pelo IBGE (2013), a proporção de adultos classificados na condição de insuficientemente ativos no Brasil foi de 46,0%. Esses indivíduos não praticaram atividade física ou praticaram por período menor que 150 minutos por semana, considerando os três domínios: lazer, trabalho e deslocamento para o trabalho.

Diante do exposto, no contexto da estratégia de saúde da família, você deverá estabelecer algumas METAS para a promoção de estilos de vida mais saudáveis:

- **1º meta**: conhecer o nível de aptidão física da comunidade.
- **2º meta**: identificar as principais atividades físicas realizadas pela comunidade (no deslocamento, no trabalho, no lazer, em casa).
- **3º meta**: identificar as atividades físicas preferenciais da comunidade.

Contudo, é essencial que haja um processo de educação permanente para que ocorra a sistematização de avaliações da aptidão/atividade física de forma adequada, principalmente guiado pelos profissionais de educação física, que são os agentes qualificadores dessas ações na atenção primária, compondo o NASF e oferecendo apoio matricial às equipes de saúde da família.

A partir do exposto, considere as afirmativas a seguir:

I. Apenas o profissional de educação física está qualificado para a aplicação de questionários de avaliações da aptidão/atividade física.

II. Todo profissional de saúde, desde que treinado para esse fim, pode aplicar questionários de avaliação da aptidão/atividade física.

III. O agente comunitário de saúde pode participar ativamente da promoção de estilos de vida mais saudáveis da comunidade.

A partir do contexto apresentado, assinale a alternativa correta:

a) Apenas a afirmativa I está correta.

b) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.

c) Apenas a afirmativa II está correta.

d) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.

e) Apenas a afirmativa II está correta.

Seção 2.3

Instrumentos e protocolos de avaliação da atividade física e da aptidão física – avançando mais

Diálogo aberto

Você, como profissional de educação física da atenção primária, trabalha em uma UBS e dará início a um grupo de práticas corporais. Inscreveram-se 10 pessoas, homens e mulheres, interessadas em participar do grupo. Dentre as queixas do grupo estão: sedentarismo, sobrepeso, desânimo e dificuldade para seguir com a rotina diária de afazeres.

Diante dessas informações, inicialmente você pretende organizar um grupo de caminhadas. Complementando os questionários aplicados para avaliar o nível de atividade física bem como o de aptidão física prévios, você agora lança mão de outros métodos de avaliação física. Como você organizaria uma sessão de avaliação física para o grupo em questão, fazendo uso de medidas antropométricas? E a partir dessas informações, como elas lhe serviriam de parâmetros para acompanhar o grupo ao longo do tempo?

Não pode faltar

Pedometria e acelerometria

Na tentativa de superar algumas das limitações inerentes ao método de relato, como a dependência com relação à memória das pessoas e os erros de estimativa de prática de atividade física, podem ser utilizados os sensores de movimento, tanto o pedômetro quanto o acelerômetro.

Os pedômetros podem ser utilizados para avaliar o número de passos realizados pelo avaliado, por dia, podendo ainda registrar a distância percorrida, o tempo total de caminhada e o gasto energético em quilocalorias. No momento da avaliação, o avaliador responsável calibra o aparelho utilizando as informações de peso e tamanho da passada do avaliado, mensurados no dia da avaliação.

Já os acelerômetros são sensores de movimento sensíveis a variações na aceleração do corpo, e o sinal de aceleração é convertido em um valor numérico, que é acumulado como contagens de movimento (chamadas de *counts*) ao longo de um intervalo de tempo, definido pelos avaliadores. Para a análise dos dados armazenados pelo acelerômetro é necessário um software específico. A partir dos *counts* gerados pelos acelerômetros é possível estimar o tempo em que durante o dia a pessoa passou em atividades sedentárias e em atividade física de intensidade leve, moderada e vigorosa. Por meio dessas informações também é possível estimar o gasto energético diário (GARCIA et al., 2015).

A Figura 2.6 ilustra os três eixos nos quais um acelerômetro é capaz de medir acelerações, ou seja, as variações de velocidade. Na Figura 2.7 é possível compreender o acelerômetro como um analisador do movimento corporal, no caso, dividido nos três eixos.

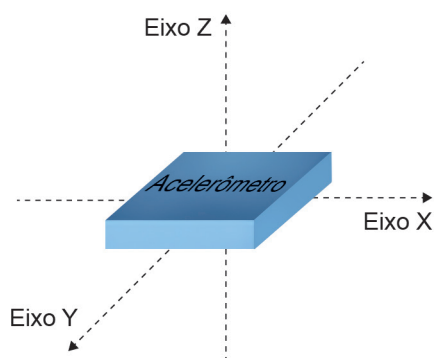
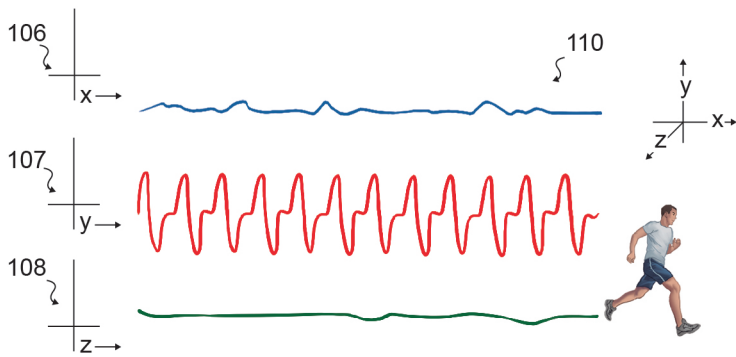
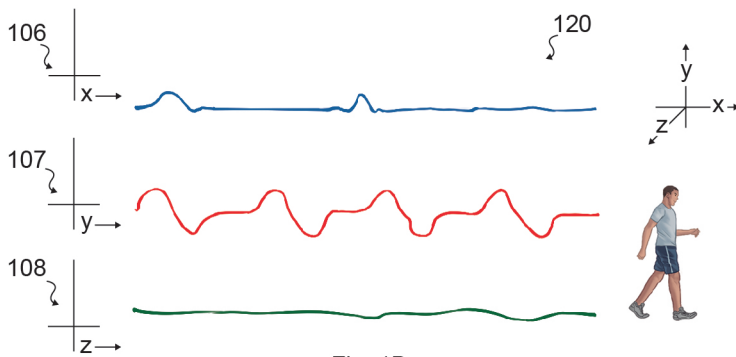
Figura 2.6 | Eixos nos quais um acelerômetro é capaz de medir acelerações

Fonte: <http://s3.amazonaws.com/magoo/ABAAABSeoAB-69.jpg>. Acesso em: 15 maio 2017.

Figura 2.7 | Figura ilustrativa da decomposição do movimento corporal durante corrida e caminhada, respectivamente

Fonte: <http://www.updateordie.com/wp-content/uploads/2013/01/google-patent-app-accelerometer.jpg>. Acesso em: 15 maio 2017.

Os sensores de movimento apresentam a vantagem de serem medidas diretas do comportamento avaliado (quantidade de passos, no caso do pedômetro, e de movimento, pelo acelerômetro), isto é, não dependem da subjetividade e da memória do avaliado. Por isso, a validade dos dados é maior do que a avaliação por questionários, por exemplo (GARCIA et al., 2015).

Por outro lado, são instrumentos mais caros, que dependem da utilização correta pelos avaliados por diversos dias (a recomendação atual é que sejam utilizados por pelo menos 10 horas diárias, por no

mínimo quatro dias) e não permitem avaliar em qual domínio a atividade física ocorreu. No caso do acelerômetro, é relativamente difícil trabalhar com os dados provenientes do aparelho. A acelerometria é um método de alto custo financeiro e que depende de pessoal especializado para ser aplicada e interpretada corretamente, o que dificulta a sua utilização no cotidiano do SUS, sendo mais adequado para pesquisas científicas (GARCIA et al., 2015).

A pedometria é um método com menor demanda, tanto financeira (existem pedômetros de baixo custo e confiáveis e alguns telefones celulares já podem executar essa função) quanto técnica (a obtenção e interpretação dos resultados é simples), sendo viável para os profissionais de saúde que desejam coletar esse tipo de informação (GARCIA et al., 2015).

O IPAQ permite coletar dados sobre a prática de atividade física em domínios específicos, mas somente dos últimos sete dias. Já o questionário Baecke possibilita a obtenção de relatos da prática habitual de atividade física, mas, em contrapartida, seus resultados não informam o volume de prática semanal. E os sensores de movimento oferecem medidas diretas do comportamento relacionado aos movimentos corporais, mas sem a possibilidade de identificar os domínios. Você percebeu as possibilidades de avaliação e mensuração da atividade física praticada pelas pessoas, utilizando para isso diferentes métodos?

Características antropométricas

A mensuração de características antropométricas, como massa corporal, estatura e perímetros corporais, é bastante comum para diversos profissionais da saúde, porém, essas mensurações devem seguir protocolos criteriosos para assegurar a validade da medida e a sua comparação com outros estudos. O índice de massa corporal (IMC) é bastante utilizado, e a partir dele classifica-se o risco de determinadas doenças com base em seus valores.

É sabido que os problemas de saúde relacionados com a obesidade aumentam quando o IMC ultrapassa 25 Kg/m2, apesar de sabermos que ele não faz distinção entre gordura corporal, massa muscular ou ossos. Como é relativamente grande o erro padrão

resultante da estimativa do percentual de gordura corporal com base no IMC, devem ser realizados outros métodos de avaliação da composição corporal para estimar o percentual de gordura corporal (ARENA, 2014).

É importante que você saiba que, o excesso de gordura corporal, particularmente a localizada ao redor do abdome, está associado à hipertensão, síndrome metabólica, diabetes melito tipo 2, acidente vascular cerebral, doença cardiovascular e dislipidemia (ARENA, 2014). Na Tabela 2.1, você pode conferir a classificação do risco de doenças com base no IMC e na circunferência abdominal.

Tabela 2.1 | Classificação do risco de doenças com base no IMC e na circunferência abdominal

Risco de doenças em relação ao peso e à circunferência abdominal			
Peso corporal	IMC (kg/m2)	≤102cm (homens) ≤88cm (mulheres)	>102cm (homens) >88cm (mulheres)
Abaixo do peso	< 18,5	-	-
Normal	18,5 a 24,9	-	-
Sobrepeso	25,0 a 29,9	Aumentado	Alto
Obesidade, classe I II III	30,0 a 34,9 35,0 a 39,9 ≥ 40,0	Alto Muito alto Extremamente alto	Muito alto Muito alto Extremamente alto

Fonte: adaptada de Arena (2014).

Pesquise mais

Para saber mais sobre os procedimentos de realização de medidas antropométricas, acesse o documento elaborado pelo Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Esse documento apresenta de forma simples e ilustrada as medidas antropométricas mais comumente utilizadas. IBGE.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde** - Manual de Antropometria**.** Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Manual%20de%20Antropometria%20PDF.pdf>. Acesso em 21 maio 2017.

Mensuração da aptidão física relacionada à saúde

Existe uma quantidade enorme de instrumentos e técnicas para mensuração dos diversos aspectos da aptidão física. Exploraremos nesta seção apenas alguns aspectos capazes de informar um quadro geral da aptidão física relacionada à saúde, dentre eles:

- Aptidão cardiorrespiratória.
- Flexibilidade de quadril.
- Força máxima de membros superiores.

Aptidão cardiorrespiratória

No cotidiano dos profissionais de saúde que trabalham no SUS, a aptidão cardiorrespiratória pode ser estimada, em adultos, utilizando-se a equação desenvolvida por Jackson et al. (1990), sendo o resultado desta equação apenas uma estimativa do consumo máximo de oxigênio em sua medida padrão (ml/kg/min).

Onde:

$$\mathbf{VO2max = 56{,}363 - 0{,}381(Idade) + 10{,}987(Sexo) - 0{,}754(IMC) + 1{,}921(NAF)}$$

- **Idade**: idade informada pela pessoa, em anos.
- **Sexo**: 0 se for mulher ou 1 se for homem.
- **IMC**: índice de massa corporal, calculado a partir das medidas de massa corporal (em kg) e estatura (em metros) pela seguinte equação: massa corporal / (estatura x estatura).
- **NAF**: nível de atividade física, classificado numa escala de 0 a 7 a partir de informações dadas pela pessoa, de acordo com as categorias (ver Quadro 2.8).

Quadro 2.8 | Instrumento para categorizar o nível de atividade física

Não participa de forma regular e programada em recreação, esporte ou outras atividades físicas.	
0	Evita caminhar ou fazer atividade física (por exemplo, usa elevadores e dirige veículos sempre que possível em vez de caminhar).
1	Caminha por prazer, rotineiramente usa escadas e ocasionalmente se exercita o suficiente para respirar mais rapidamente ou transpirar.
Participa regularmente de atividade física de lazer ou de trabalho de intensidade moderada (como golfe, equitação, ginástica, tênis de mesa, boliche, musculação ou trabalho no quintal).	
2	De 10 a 60 minutos por semana.
3	Mais de uma hora por semana.
Pratica regularmente exercício físico intenso (como correr ou fazer jogging, natação, ciclismo, remo ou pular corda) ou se engaja em atividades físicas aeróbicas vigorosas (como tênis, basquetebol ou handebol).	
4	Corre menos do que 1,5 quilômetro por semana ou pratica menos de 30 minutos por semana de atividades físicas comparáveis.
5	Corre de 1,5 a 8 quilômetros por semana ou pratica de 30 a 60 minutos por semana de atividades físicas comparáveis.
6	Corre de 8 a 16 quilômetros por semana ou pratica de 1 a 3 horas por semana de atividades físicas comparáveis.
7	Corre mais do que 16 quilômetros por semana ou pratica mais do que 3 horas por semana de atividades físicas comparáveis.

Fonte: adaptado de Garcia et al. (2015).

Essa equação pode ser utilizada para avaliar grandes grupos, idosos, pessoas que estejam começando a praticar exercícios físicos, que apresentem baixa aptidão cardiorrespiratória e incapazes de se exercitar por conta de lesões musculoesqueléticas. No entanto, ressalta-se que o resultado obtido não é tão acurado quanto o de um teste de esforço que envolva a realização de exercício físico (GARCIA et al., 2015).

Na Tabela 2.2, você poderá conferir os valores referência de VO2 máximo, tanto para homens quanto para mulheres, classificando a capacidade funcional, segundo a *American Heart Association (AHA)*.

Tabela 2.2 | Aptidão cardiorrespiratória pelo consumo máximo de oxigênio (VO2 max - ml/kg.min) pela *American Heart Association* (1972)

Mulheres					
Idade	Muito Fraca	Fraca	Regular	Boa	Excelente
20-29	<24	24-30	31-37	38-48	>49
30-39	<20	20-27	28-33	34-44	>45
40-49	<17	17-23	24-30	31-41	>42
50-59	<15	15-20	21-27	28-37	>38
60-69	<13	13-17	18-23	24-34	>35
Homens					
Idade	Muito Fraca	Fraca	Regular	Boa	Excelente
20-29	<25	25-33	34-42	43-52	>52
30-39	<23	23-30	31-38	39-48	>49
40-49	<20	20-26	27-35	36-44	>45
50-59	<18	18-24	25-33	34-42	>43
60-69	<16	16-22	23-30	31-40	>41

Fonte: adaptada de Herdy e Caixeta (2016).

A aptidão cardiorrespiratória pode ser estimada utilizando os cardiofrequencímetros, porém, não são todos os modelos que permitem a obtenção dessa informação, mas somente alguns. A estimativa do consumo máximo de oxigênio é obtida com o indivíduo em repouso e é baseada principalmente na variabilidade da frequência cardíaca (variação que ocorre entre batimentos cardíacos sucessivos, em ritmo normal), considerando ainda o sexo, a idade, a estatura, a massa corporal e o nível habitual de exercício físico da pessoa. Para que você obtenha mais informações sobre esse tema, sugerimos a leitura do artigo:

TAMBURÚS, N. Y.; REBELO, A. C. S.; CÉSAR, M. C.; CATAI, A. M.; TAKAHASHI, A. C. M.; ANDRADE, C. P.; PORTA, A.; SILVA, E. Relação entre a variabilidade da frequência cardíaca e VO2pico em mulheres ativas. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 20, n. 5, p. 354-358, set./out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme-20-05-00354.pdf>. Acesso em: 21 maio 2017.

Flexibilidade de quadril

A flexibilidade de quadril (da articulação coxo-femural) deve ser medida pelo teste de sentar e alcançar. Para essa avaliação utiliza-se o banco de Wells, que pode ser comprado ou mesmo construído (Figura 2.8).

Figura 2.8 | Ilustração de utilização do banco de Wells

Fonte: <http://cienciadotreinamento.com.br/wp-content/uploads/2015/03/capa-flexibilidade.jpg>. Acesso em: 22 maio 2017.

Pesquise mais

Para você saber mais sobre como utilizar o banco de Wells, bem como valores de referência considerando idade e sexo, você poderá consultar o link disponível em: <http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/1173/banco_de_wells.pdf>. Acesso em: 22 maio 2017.

Força máxima de membros superiores

É sabido que a força muscular refere-se a uma força externa, a qual pode ser produzida por um músculo ou grupamento muscular, sendo expressa por uma resistência atingida ou superada, e ainda pode ser mensurada estaticamente ou dinamicamente. A força estática ou isométrica pode ser medida utilizando-se os dinamômetros de mão, existindo diferentes tipos e modelos no mercado (ARENA, 2014).

Os dinamômetros foram inicialmente desenvolvidos a partir de materiais de uso diário, como balanças, aparelhos de pressão ou esfigmomanômetro, torquímetros e tensiômetros, e atualmente os dispositivos mais utilizados neste tipo de avaliação são as células de carga e os dinamômetros analógicos. Esses instrumentos, por sua vez, proporcionam avaliações objetivas da força muscular e, devido ao seu tamanho, praticidade e custo, podem ser utilizados com facilidade no ambiente clínico.

Em geral, os testes apresentados nesta seção têm as vantagens de serem rápidos, de fácil aplicação, seguros e facilmente realizados na casa das pessoas ou nas UBS, além de necessitarem de poucos aparelhos e de serem de baixo custo, excluindo o dinamômetro. Por outro lado, é necessário considerar que suas estimativas são menos acuradas e estão sujeitas a erros maiores do que as de outros testes de campo e de laboratório, portanto, para obter resultados mais confiáveis, é fundamental seguir a padronização previamente estabelecida (GARCIA et al., 2015).

Os resultados dos testes apresentados, bem como de outros que estão à disposição dos profissionais de saúde, podem ser usados de três formas:

• Comparando-se o resultado das pessoas **com tabelas de referência** que indicam a posição delas em relação a algum critério de saúde ou alguma população (por exemplo, se elas tiveram desempenho excelente, regular ou ruim).

• Comparando-se o resultado de cada pessoa **com os demais valores do grupo** ao qual ela pertence (um bairro, por exemplo), identificando assim pessoas com desempenho mais baixo e que precisam de mais atenção.

• Comparando-se os resultados da **mesma pessoa ao longo do tempo** para analisar a evolução da sua aptidão física.

Saúde coletiva e perspectivas para as recomendações atuais de atividade física

Segundo Carvalho (2016, p. 652),

> ... as práticas corporais e atividades físicas englobam uma diversidade de ações, e podem trazer benefícios que estão amplamente evidenciados na literatura, destacando-se: os socioafetivos, como a maior inserção e interação na comunidade, o aumento da autoestima, a diminuição nos níveis de ansiedade e depressão; os biológicos, como a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco, a prevenção e combate da osteoporose através do aumento e/ou manutenção da densidade mineral óssea, a diminuição ou cessação de dores crônicas; os cognitivos, como o aprimoramento da memória.

Atente-se para o Quadro 2.9 e acompanhe as recomendações relacionadas aos principais órgãos mundiais, que são referência quando o tema é atividade física e saúde.

Quadro 2.9 | Síntese das definições das principais recomendações mundiais para atividade física

Recomendação	Definição das metas recomendadas
American College of Sports Medicine, 2007	30 minutos de atividade física moderada, 5 dias por semana 20 minutos de atividade física vigorosa, 3 dias por semana, em sessões de pelo menos 10 minutos de duração
Organização Mundial da Saúde, 2010	150 minutos de atividade física moderada 75 minutos de atividade física vigorosa por semana em sessões de pelo menos 10 minutos de duração
Institute of Medicine, 2004	60 minutos de atividade física moderada todos os dias da semana
União Europeia, 2008	30 minutos de atividade física moderada todos os dias da semana
Advisory Committee on International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), 2005	30 minutos de atividade física moderada, 5 ou mais dias por semana 20 minutos de atividade física vigorosa, 3 ou mais dias por semana; ou qualquer combinação de intensidade, desde que atinja o mínimo de 600 MET- minutos/semana

Legenda: inativo - para todas as recomendações, foram consideradas inativas as pessoas que não praticam nenhuma quantidade de atividade física; **ativo insuficiente** - quando realiza atividade física abaixo do nível recomendado; para cada diretriz, o nível recomendado é diferente, conforme descreve a definição; **ativo** - quando alcança as metas recomendadas; **muito ativo** - quando ultrapassa as metas recomendadas.

Fonte: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n3/04.pdf>. Acesso em: 21 maio 2017.

A avaliação da condição de saúde de sujeitos pode ser avaliada de diversas formas. A anamnese baseada em uma conversa informal tem como objetivo identificar o histórico de cada sujeito, pela observação dos participantes das atividades, através de exames complementares, por exemplo. Ressalta-se aqui a importância da forma como são feitas essas avaliações, bem como o que se espera com o resultado delas.

As condições de saúde dos sujeitos devem ser observadas, olhando-se para as questões físicas e fisiológicas (biológicas), mas também para as relacionadas à dinâmica sociofamiliar e laboral. Ressalta-se que para a opção pela medição indireta de parâmetros fisiológicos, como a frequência cardíaca, o consumo de oxigênio ou da composição corporal, é necessário ter claro que os resultados provenientes não são a única forma de avaliar os resultados das práticas corporais e atividades físicas quando relacionadas à saúde (CARVALHO, 2016).

Reflita

Vamos refletir um pouco. Imagine um contexto em que o Sr. Felipe "... acabou de perder um familiar com quem conviveu durante muitos anos. Em estado de luto, ele procurou uma UBS, ou um polo do programa Academia da Saúde, ou o espaço público utilizado pelos trabalhadores da atenção primária para desenvolver atividades comunitárias, e iniciou a realização das práticas corporais propostas.

A partir do acolhimento proporcionado pelos trabalhadores da saúde aos usuários do SUS, bem como do convívio e compartilhamento de experiências, o seu quadro mudou e o Sr. Felipe passou a encarar a existência de outra forma, claramente melhorando sua qualidade de vida. Se não forem medidos sistematicamente os parâmetros fisiológicos citados, é possível afirmar que não houve melhora na sua saúde?" (CARVALHO, 2016, p. 653).

Sem medo de errar

Inicialmente, você deverá identificar, a partir de medições, para cada um dos 10 indivíduos inscritos no grupo de caminhada: massa corporal, estatura, perímetros corporais e dobras cutâneas, a saber:

1. PESO CORPORAL

Definição: medida da massa corporal total.

Equipamento: balança portátil (escala em gramas).

2. ESTATURA

Definição: distância entre a parte mais alta da cabeça e a sola dos pés, medida realizada em posição vertical.

Equipamento: estadiômetro (escala em cm) ou fita métrica (escala em cm).

3. PERIMETRIA

Equipamento: fita métrica (escala em cm).

a. Circunferência da cintura

Definição: medida de circunferência realizada sobre o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca.

b. Perímetro braquial

Definição: Medida de circunferência do braço sobre o ponto médio.

4. DOBRAS CUTÂNEAS

Equipamento: adipômetro/plicômetro.

a. Dobra cutânea triciptal

Definição: medida da espessura de duas camadas de pele e a gordura subcutânea adjacente.

b. Dobra cutânea suprailíaca

Definição: medida da espessura de duas camadas de pele e a gordura subcutânea adjacente.

c. Dobra cutânea subescapular

Definição: medida da espessura de duas camadas de pele e a gordura subcutânea adjacente.

d. Dobra cutânea da panturrilha

Definição: medida da espessura de duas camadas de pele e a gordura subcutânea adjacente.

Os resultados das medidas antropométricas podem ser usados de três formas:

- Comparando-se o resultado das pessoas **com tabelas de referência** que indicam a posição delas em relação a algum critério de saúde ou alguma população (por exemplo, se elas tiveram desempenho excelente, regular ou ruim).

- Comparando-se o resultado de cada pessoa **com os demais valores do grupo** ao qual ela pertence (um bairro, por exemplo), identificando assim pessoas com desempenho mais baixo e que precisam de mais atenção.

• Comparando-se os resultados da **mesma pessoa ao longo do tempo** para analisar a evolução da sua aptidão física.

Pronto, agora você tem informações iniciais muito importantes sobre a realização de uma avaliação física inicial de seu grupo de caminhada. É só começar a classificar os subgrupos e as necessidades individuais a partir das informações levantadas!

Avançando na prática

Estimando a aptidão cardiorrespiratória de um grupo de indivíduos que realizará práticas corporais na atenção primária

Descrição da situação-problema

Considere os mesmos indivíduos que iniciarão o grupo de caminhadas, dos quais você já sabe as medidas antropométricas, mas precisa complementar a avaliação física com informações sobre o nível de aptidão cardiorrespiratória de cada um.

Você não dispõe de encaminhamentos de cardiologistas, tampouco de testes de esforço previamente realizados pelos pré-participantes para o programa de caminhadas. Você tem informações apenas das medidas antropométricas do grupo, que você mesmo realizou.

Como proceder?

Resolução da situação-problema

Lembre-se de que, no cotidiano dos profissionais de saúde que trabalham no SUS, a aptidão cardiorrespiratória pode ser estimada, em adultos, utilizando-se a equação desenvolvida por Jackson et al. (1990), sendo o resultado desta equação uma estimativa do consumo máximo de oxigênio em sua medida padrão (ml/kg/min):

$$\mathbf{VO2max = 56{,}363 - 0{,}381(Idade) + 10{,}987(Sexo) - 0{,}754(IMC) + 1{,}921(NAF)}$$

Onde:

• **Idade**: idade informada pela pessoa, em anos.

• **Sexo**: 0 se for mulher ou 1 se for homem.

• **IMC**: índice de massa corporal, calculado a partir das medidas de massa corporal (em kg) e estatura (em metros) pela seguinte equação: massa corporal / (estatura x estatura).

• **NAF***: nível de atividade física, classificado numa escala de 0 a 7 a partir de informações dadas pela pessoa, de acordo com as categorias.

* Obs.: para descobrir o NAF, consulte o Quadro 2.8 explorado nesta seção.

Vamos considerar Dna. Ana Lúcia, 54 anos, que pesa 75Kg e tem estatura de 1,63metros. Apresenta ainda um NAF (evita caminhar ou fazer atividade física - por exemplo, usa elevadores e dirige veículos sempre que possível em vez de caminhar, ou seja, o valor atribuído ao NAF é 1).

Substituindo-se os valores na fórmula, tem-se que:

$$\mathbf{VO2max = 56,363 - 0,381(54) + 10,987(0) - 0,754(75/1,63 \times 1,63) + 1,921(1)}$$

$$\mathbf{VO2max = 56,363 - 20,574 + 0 - 0,754\,(28,23) + 1,921}$$

$$\mathbf{VO2max = 56,363 - 20,574 + 0 - 21,29 + 1,921}$$

$$\mathbf{VO2max = 16,42\ ml/Kg/min}$$

Comparando-se o VO2max obtido, substituindo-se os valores na equação de Jackson et al. (1990), com a referência visualizada na tabela, podemos inferir que a aptidão cardiorrespiratória de Dna. Ana Lúcia é: FRACA!

Mulheres					
Idade	Muito Fraca	Fraca	Regular	Boa	Excelente
20-29	<24	24-30	31-37	38-48	>49
30-39	<20	20-27	28-33	34-44	>45
40-49	<17	17-23	24-30	31-41	>42
50-59	<15	15-20	21-27	28-37	>38
60-69	<13	13-17	18-23	24-34	>35
Homens					
Idade	Muito Fraca	Fraca	Regular	Boa	Excelente
20-29	<25	25-33	34-42	43-52	>52
30-39	<23	23-30	31-38	39-48	>49
40-49	<20	20-26	27-35	36-44	>45
50-59	<18	18-24	25-33	34-42	>43
60-69	<16	16-22	23-30	31-40	>41

Pronto, a avaliação física para o grupo de caminhadas ganhou mais elementos para identificação do perfil dos pré-participantes no programa de práticas corporais que você desenvolverá na atenção primária à saúde junto à UBS. Agora é só aplicá-la a cada um dos participantes!

Faça valer a pena

1. Na tentativa de superar algumas das limitações inerentes ao método de relato, como a dependência com relação à memória das pessoas e os erros de estimativa de prática de atividade física, podem ser utilizados os sensores de movimento, tanto o pedômetro quanto o acelerômetro.
I. Os pedômetros podem ser utilizados para avaliar o número de passos realizados pelo avaliado.
II. Os acelerômetros são sensores de movimento sensíveis a variações na aceleração do corpo.
III. Os sensores de movimento apresentam a desvantagem de serem medidas diretas do comportamento relacionado aos movimentos corporais.
A partir do texto e das afirmativas, assinale a alternativa correta:
a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) As afirmativas I e II estão corretas.
c) As afirmativas II e III estão corretas.
d) Apenas a afirmativa I está correta.
e) Apenas a afirmativa III está correta.

2. A mensuração de características antropométricas, como massa corporal, estatura e perímetros corporais, é comum para diversos profissionais da saúde, porém, tais mensurações devem seguir protocolos criteriosos para assegurar a validade da medida e a sua comparação com outros estudos.
I. A mensuração da massa corporal é a mais simples das medidas, porém, apesar de ser uma medida simples, alguns cuidados devem sempre ser tomados para a fidelidade da medida.
II. Para mensurar a estatura, o avaliado deve estar em posição ortostática, e o aparelho utilizado para mensurar a estatura é o estadiômetro.
III. Os perímetros corporais são de mensuração mais complicada, além de existirem diversas técnicas e procedimentos possíveis.
A partir do texto e das afirmativas, assinale a alternativa correta:
a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) As afirmativas I e II estão corretas.
c) Apenas a afirmativa I está correta.
d) Apenas a afirmativa II está correta.
e) As afirmativas II e III estão corretas.

3. No cotidiano dos profissionais de saúde que trabalham no SUS, a aptidão cardiorrespiratória pode ser estimada, em adultos, por meio da

equação desenvolvida por Jackson et al. (1990), sendo o resultado desta equação apenas uma estimativa do consumo máximo de oxigênio em sua medida padrão (ml/kg/min):

VO2max = 56,363 – 0,381(Idade) + 10,987(Sexo) – 0,754(IMC) + 1,921(NAF)

Onde:

Idade: idade informada pela pessoa, em anos.

Sexo: 0 se for mulher ou 1 se for homem.

IMC: índice de massa corporal, calculado a partir das medidas de massa corporal (em kg) e estatura (em metros) pela seguinte equação: massa corporal / (estatura x estatura).

NAF: nível de atividade física, classificado numa escala de 0 a 7 a partir de informações dadas pela pessoa, de acordo com as categorias.

A partir das informações sobre a aptidão cardiorrespiratória estimada, assinale a alternativa correta:

a) Considerando-se a mesma idade e mesmo NAF, os homens apresentam VO2max menor que as mulheres.

b) O IMC é diretamente proporcional ao VO2max.

c) O VO2max é um valor absoluto.

d) Quanto maior o IMC, menor é o VO2max.

e) A idade é diretamente proporcional ao IMC.

Referências

ANDERSON, J. et al. Effects of heavy endurance physical exercise on inflammatory markers in non-athletes. **Atherosclerosis**. v. 209, n. 2, p. 601-605, 2010.

ARENA, R. Testes de esforço: Teste de condicionamento físico relacionado com a saúde e sua interpretação. In: ACSM. **Diretrizes do ACSM**: para os testes de esforço e sua prescrição. 9. ed., Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Brasília, 2003.

CARVALHO, F. F. B. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do sistema único de saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 647-658, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/58174/37391>. Acesso em: 21 maio 2017.

EACH. **Ambiente Ativo**. Disponível em: <http://www.each.usp.br/ambienteativo/index.php>. Acesso em: 8 maio 2017.

FARINATTI, P. T. V. Apresentação de uma versão em português do compêndio de atividades físicas: uma contribuição aos pesquisadores e profissionais em fisiologia do exercício. **Rev. Bras. Fisiol. Exerc.**, v. 2, p. 177-208, 2003. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/304125/mod_resource/content/1/Compendiodeatividadesfisicas.pdf>. Acesso em: 8 maio 2017.

FLORINDO, A. A. et al. Metodologia para a avaliação da atividade física habitual em homens com 50 anos ou mais. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 307-314, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/31716/33612>. Acesso em: 4 maio 2017.

GARCIA, L. M. T. et al. Protocolos de avaliações da prática de atividade física e da aptidão física aplicados a usuários do Sistema Único de Saúde. In: FLORINDO, A. A.; ANDRADE, D. R. **Experiências de promoção da atividade física na Estratégia de Saúde da Família**. SBAFS - Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde. São Paulo, 2015.

______. et al. Validação de dois questionários para a avaliação da atividade física em adultos. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas, v. 18, n. 3, p. 317-318, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/2382/pdf87>. Acesso em: 8 maio 2017.

HALLAL, P. C. et al. Lições aprendidas depois de 10 anos de uso do IPAQ no Brasil e Colômbia. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 7, n. 2, p. 259-64, 2010.

HERDY, A. H.; CAIXETA, A. Classificação Nacional da Aptidão Cardiorrespiratória pelo Consumo Máximo de Oxigênio. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 106, n. 5, p. 389-395, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v106n5/pt_0066-782X-abc-106-05-0389.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 1 maio 2017.

_________. **Pesquisa Nacional de Saúde** - Manual de Antropometria. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Manual%20de%20Antropometria%20PDF.pdf>. Acesso em 21 maio 2017.

JACKSON, A. S. et al. Prediction of functional aerobic capacity without exercise testing. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 22, n. 6, p. 863-870, 1990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2287267>. Acesso em: 22 maio 2017.

LIMA, F.; LEVY, R. B.; LUIZ, O. C. Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 36, n. 3, p. 164 -170, 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n3/04.pdf>. Acesso em: 21 maio 2017.

LUCENA, D. et al. A inserção da educação física na estratégia saúde da família em sobral/ce. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 5, n. 1, p. 87-91, jan./fev./mar. 2004.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/931/1222>. Acesso em 9 maio 2017.

RIBEIRO, E. H. et al. Desenvolvimento e validação de um recordatório de 24 horas de avaliação da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**; v. 16, n. 2, p. 132-137, 2011. Disponível em: <http://www.each.usp.br/gepaf/artigos/desenvolvimento_recordatorio_24h_AF.pdf>. Acesso em: 7 maio 2017.

SCHUH, L. X. et al. A inserção do profissional de educação física nas equipes multiprofissionais da estratégia saúde da família. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 29-36, jan./jul. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/viewFile/10514/pdf>. Acesso em: 27 mar. 2017.

TAMBURÚS, N. Y.; REBELO, A. C. S.; CÉSAR, M. C.; CATAI, A. M.; TAKAHASHI, A. C. M.; ANDRADE, C. P.; PORTA, A.; SILVA, E. Relação entre a variabilidade da frequência cardíaca e VO2pico em mulheres ativas. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 20, n. 5, p. 354-358, set./out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme-20-05-00354.pdf>. Acesso em: 21 maio 2017.

THOMPSON, P. D. Avaliação da saúde e determinação de riscos. Benefícios e riscos associados à atividade física. In: PESCATELLO, L. S. **Diretrizes do ACSM**: Para os testes de esforço e sua prescrição. Guanabara & Koogan, 2013.

VEGA, J. B. **Recomendações da OMS dos níveis de atividade física para todas as faixas etárias**. Estilo de Vida Saudável, 2017. Disponível em: <http://www.saude.br/index.php/articles/84-atividade-fisica/229-recomendacoes-daoms-dos-niveis-de-atividade-fisica-para-todas-as-faixas-etarias>. Acesso em: 25 mar. 2017.

Educação em saúde e exercícios físicos supervisionados para a promoção da atividade física na atenção primária

Convite ao estudo

Caro aluno, na Unidade 1 você teve a oportunidade de entrar em contato com uma contextualização geral sobre a saúde no Brasil, passando sobre as diferentes relações entre a saúde e o ambiente, o desenvolvimento, a economia e a própria formação dos profissionais na área.

Chegou a explorar a atenção primária à saúde, dentro da perspectiva da estratégia de saúde da família, até as principais características de seu modelo de gestão.

Na Unidade 2, você estudou sobre os aspectos gerais da aptidão física, abordando os temas atividade física e exercício físico, além dos componentes da aptidão física relacionados à saúde e habilidades. Você viu também os aspectos gerais para planejar e organizar suas avaliações físicas no contexto da atenção primária à saúde.

Diante da competência técnica prevista, isto é, **desenvolver programas de atividade física e de exercícios físicos para participação do programa de atenção básica à saúde**, espera-se que você obtenha como resultado de aprendizagem o desenvolvimento de um programa de exercícios físicos para um grupo de indivíduos coronariopatas que frequentam uma unidade básica de saúde.

Considere que em seu novo emprego, o próximo passo é

introduzir seu objeto de trabalho, isto é, a atividade física, na rotina de atividades dos usuários de uma unidade básica de saúde. O entendimento da relação entre aptidão física e saúde/habilidades físicas deve estar bem claro, pois, a partir desse entendimento, você, como profissional de educação física, colocará em prática os procedimentos para triar potenciais participantes para o programa de exercícios físicos que desenvolverá com a comunidade.

Na Seção 3.1, abordaremos a educação em saúde, suas características gerais, quais estratégias podem ser implementadas e quais podem ser utilizadas para a abordagem, bem como a produção de materiais educativos.

Seguindo para a Seção 3.2, trataremos de um programa de exercícios físicos para grupos, explorando suas características gerais, os exercícios físicos aeróbios, os exercícios físicos com sobrecarga, bem como os exercícios físicos de alongamento.

E, por fim, na Seção 3.3, discutiremos as dificuldades e desafios, explorando atividades físicas extras, a adesão e aderência dos participantes, capacitação dos demais profissionais de saúde na promoção da atividade física, bem como a capacitação dos agentes comunitários de saúde na promoção da atividade física.

Seção 3.1

Educação em saúde

Diálogo aberto

Já tendo aplicado os diferentes protocolos e instrumentos de avaliação da atividade física e da aptidão física, e triados os participantes, o próximo passo será a estruturação de um programa de exercício físico, alinhado às estratégias de educação em saúde. O público-alvo é um grupo de mulheres coronariopatas, com histórico de hipertensão arterial (em uso de medicação) e com sobrepeso. É de fundamental importância elencar as principais dificuldades e desafios relacionados ao tema, bem como ter claros os objetivos do programa a ser implementado.

Quais estratégias você utilizaria, relacionadas à educação em saúde, voltadas para o público-alvo mencionado (mulheres coronariopatas, com histórico de hipertensão arterial em uso de medicação e com sobrepeso)? O tema é "Atividade física e saúde".

Não pode faltar

Para iniciarmos esta seção, discutiremos um pouco sobre a Estratégia Global (EG) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Você sabe o que é isso? A OMS, por meio da EG, que é um instrumento de promoção geral da saúde para populações e indivíduos, recomenda que "os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida". Esse documento afirma ainda que:

> **Diferentes tipos e quantidades de atividade física são necessários para obter diferentes resultados na saúde: a prática regular de 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, na maior parte dos dias, reduz o risco de doenças cardiovasculares e câncer de cólon e de mama. O treinamento de resistência muscular e equilíbrio pode reduzir quedas e aumentar a capacidade funcional nos idosos. Maiores níveis de atividade física podem ser necessários para o controle de peso. (BARRETO et al., 2005, p. 57)**

Na Tabela 3.1, é possível visualizar as evidências científicas relacionadas aos ganhos relativos à saúde previstos pela Estratégia Global/OMS de promoção geral da saúde para populações e indivíduos.

Tabela 3.1 | Evidências científicas relacionadas aos ganhos relativos à saúde, previstos pela Estratégia Global/OMS de promoção geral da saúde para populações e indivíduos

Ganhos relacionados à saúde	Nível de evidência
Prevenção das doenças cardiovasculares	Convincente
Prevenção do diabetes tipo 2	Convincente
Prevenção da obesidade	Provável
Melhoria do perfil lipídico	Convincente
Prevenção da síndrome metabólica	Possível
Prevenção de doenças do aparelho musculoesquelético	Convincente
Manutenção e melhoria da capacidade funcional	Provável
Prevenção do câncer de cólon	Provável
Prevenção do câncer de mama	Provável

Fonte: Barreto et al. (2005).

Legenda:

Evidência convincente: baseada em estudos epidemiológicos que demonstram associações convincentes entre exposição e doença, com nenhuma ou pouca evidência contrária. A evidência disponível é baseada em número substancial de estudos, incluindo estudos observacionais prospectivos e, quando relevantes, ensaios clínicos randomizados com tamanho suficiente, duração e qualidade, mostrando efeitos convincentes. A associação deve ser plausível biologicamente.

Evidência provável: baseada em estudos que demonstram associações consistentes, razoavelmente, entre exposição e doença, mas onde há limitações (falhas) perceptíveis na avaliação da evidência ou mesmo alguma evidência em contrário que impeça um julgamento mais definitivo. Limitações na evidência podem ser: duração insuficiente do ensaio ou estudo; número insuficiente de estudos ou ensaios disponíveis; tamanho de amostra inadequado; seguimento incompleto. A evidência laboratorial serve, comumente, como um reforço. A associação deve ser plausível biologicamente.

Evidência possível: baseada, principalmente, em resultados de estudos de caso-controle ou estudos transversais. Quando são disponíveis, ensaios clínicos randomizados, insuficientemente, ou não

randomizados e estudos observacionais. Evidência baseada em estudos não epidemiológicos, tais como investigações clínicas e laboratoriais, pode servir de suporte. Mais ensaios são necessários para confirmar as associações, que também devem ser plausíveis biologicamente.

Evidência insuficiente: baseada em resultados de poucos estudos, onde a associação entre exposição e doença é sugerida, mas estabelecida insuficientemente. Não há ou são limitadas as evidências originadas de ensaios clínicos randomizados. São necessárias pesquisas com melhor delineamento, para confirmar as associações em estudo.

Em maio de 2004, a 57ª Assembléia Mundial da Saúde, endossada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), aprovou a Estratégia Global de Dieta, Atividade Física e Saúde. A Estratégia foi desenvolvida através de uma ampla série de consultas com todas as partes interessadas, em resposta a um pedido dos Estados membros na Assembléia Mundial da Saúde de 2002. A Estratégia e a resolução pela qual foi endossada estão contidas no documento, disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2017.

Características gerais

Para avançarmos nesta seção, pergunto a você: em que consiste a educação em saúde?

Bem, podemos partir do tema "educação em saúde" como estratégia de promoção à saúde num processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS. A partir desse enfoque, destaca-se a importância de se eleger estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (MACHADO et al., 2007).

Nesse sentido, a atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Diante do que exploramos até aqui, você já consegue perceber a relação entre atividade física, educação em saúde e profissional de educação física na atenção primária?

Avance um pouco mais sobre o que diz Machado et al. (2007, p. 336) a respeito de integralidade e educação em saúde:

> [...] a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno. O princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde deve estar articulado à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado, embasado em uma postura autoritária, verticalizada de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte dos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida.

Reflita

> ... prevalência de aconselhamento educativo à prática de atividade física na unidade básica de saúde, embora já venha ocorrendo, ainda é muito baixa frente às necessidades dos indivíduos... é preciso incrementar a participação dos gestores, profissionais e população no sentido de aumentar as prevalências de aconselhamento educativo à população relacionado à prática de atividade física. Deve-se estimular também o aconselhamento em outras áreas, como promoção de alimentação, nutrição, saneamento, planejamento familiar, imunização, tratamento de agravos à saúde, com o objetivo de proporcionar espaços educativos em saúde aos usuários, estimulando a compreensão da importância da mudança de comportamento em direção a um estilo de vida saudável. Por fim, nos parece adequada a participação de profissionais de saúde com conhecimento específico na área da atividade física, entre eles o educador físico, como estratégia de qualificar tanto o grupo profissional da unidade básica de saúde quanto a própria orientação educativa nesta área do conhecimento (SIQUEIRA et al., 2009, p. 211).

Estratégias implementadas

No Brasil ainda há pouca evidência sobre o papel de intervenções que se utilizaram da educação em saúde com o objetivo de promover a atividade física em adultos, sobretudo no contexto do Sistema Único de Saúde (RIBEIRO et al., 2015).

É importante que você saiba que já foram previamente mapeadas algumas dificuldades relacionadas a iniciativas para desenvolver, implementar e avaliar uma intervenção de aconselhamento sobre atividade física para promoção da saúde na estratégia saúde da família, como: a não participação dos sujeitos nas decisões e nos projetos relacionados à sua própria saúde, a baixa condição econômica e de escolaridade da população atendida, a falta de espaços para a prática da promoção da saúde, a falta de condições básicas de vida, bem como a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família (GOMES; DUARTE, 2008).

Diante disso, apesar do empenho da OMS, por meio da EG, no Brasil ainda é escasso o conhecimento sobre a orientação de atividade física como estratégia de educação à saúde na atenção primária, sendo a atividade física ainda muito pouco utilizada no cuidado à saúde (SIQUEIRA et al., 2009).

Sobre o entendimento da temática "educação em saúde", bem como o contexto no qual se insere o profissional de educação física dentro dessa abordagem, o principal objetivo de sua atuação deve ser contribuir para aumentar a prática de atividade física no tempo de lazer e como forma de deslocamento, por exemplo. Para alcançar esse objetivo, entende-se a importância de se prever momentos de discussão em grupo sobre tópicos relativos à atividade física, visando à aquisição de novas experiências e conhecimentos, a partir de quatro frentes, segundo Ribeiro et al. (2015):

- Reconhecimento e ampliação do conhecimento dos participantes sobre os benefícios da prática de atividade física.
- Elaboração de metas individuais para incluir a atividade física na vida diária.
- Experimentação de atividades físicas diversificadas e prazerosas que possam ser incorporadas no dia a dia e também atividades mais específicas, como a prática de exercícios físicos utilizando materiais de baixo custo financeiro ou o peso do próprio corpo.

- Visitação de pelo menos um local que ofereça aulas gratuitas de atividades físicas orientadas por profissionais de educação física.

Segundo Ribeiro et al. (2015), uma intervenção que objetive "educação em saúde" deve utilizar de diferentes estratégias educativas, que vão desde encontros presenciais em grupos, sessões individuais de discussão via telefone, distribuição de material educativo impresso e envio semanal de mensagens de texto para telefone celular (SMS), todas essas abordagens visando incentivar a prática de atividade física.

Neste espaço, você poderá conhecer a experiência do GEPAF (Grupo de estudos e pesquisas epidemiológicas em atividade física e saúde da USP), o qual conduziu um trabalho ("Ambiente ativo") de diferentes intervenções, em que o principal objetivo foi verificar diversos caminhos para a promoção da atividade física em usuários atendidos pelo Sistema Único de Saúde, em parceria com as UBS que atendiam pela estratégia de saúde da família e com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A seguir, serão detalhados os encontros ocorridos com os temas explorados, bem como as atividades desenvolvidas para abordar cada tema. Ressalta-se que o tema central foi atividade física.

Temas	Atividades desenvolvidas
O que é AF?	Conceito de AF Momentos para sua realização: lazer e deslocamento. Expectativas dos participantes?
AF: quando, quanto e como fazer?	Recomendação da OMS de AF para adultos: • 30 minutos diários • Moderadas – vigorosas • 150 minutos por semana 4 domínios para prática de AF: lazer, deslocamento, trabalho e em casa. Conceito e objetivos de exercício físico. Adequação de vestimentas, hidratação e alimentação para a prática de AF.
Superação de barreiras para a prática de AF	Barreiras impeditivas à prática de AF. Possíveis soluções foram levantadas e debatidas pelo grupo.

Visitação a um centro público de prática de AF	Caminhada até o centro público de prática de AF: • Conhecer estrutura do local • Cronograma com os horários das atividades oferecidas
Dia a dia mais ativo: como conseguir?	Rotinas de AF pessoas: inativas fisicamente X fisicamente ativas, no lazer e deslocamento, de acordo OMS. Estratégias para que a pessoa fisicamente inativa incluísse AF na sua vida diária. Sugestões levantadas: • Troca do percurso de carro/transporte coletivo por a pé/de bicicleta • Redução do tempo na televisão Após essa discussão, os participantes foram orientados a repensar sobre seu cotidiano e a elaborar metas individuais de modificação do comportamento, a serem alcançadas até o encontro seguinte.
AF para o desenvolvimento da aptidão cardiorrespiratória	Aptidão cardiorrespiratória, o que é? Recomendação de AF para melhorar a aptidão cardiorrespiratória: • 30 min diários de AF aeróbicas moderadas • Sugestão de atividades que poderiam ser adaptadas ao cotidiano dos participantes ou realizadas em casa • Circuito de 30 minutos composto destas atividades adaptadas
AF para o desenvolvimento da força muscular e da flexibilidade	Conceitos de força muscular e de flexibilidade. Participantes identificaram os momentos do cotidiano nos quais estas aptidões eram necessárias e discutiram sobre sua importância para independência e autonomia. O profissional responsável pelo encontro orientou os participantes sobre o volume semanal recomendado de atividades físicas para melhorar estas capacidades.
Organização e realização de uma sessão de exercícios físicos	Identificação das divisões de uma sessão de AF, e realização de um treinamento de força, no formato de circuito, de acordo com as divisões apresentadas: • Aquecimento • Circuito de força com dez estações • Relaxamento

Legenda: AF – atividade física; OMS – Organização Mundial de Saúde; min – minutos.

Estratégias de abordagem

Os encontros para o desenvolvimento da temática "educação em saúde" devem prever, principalmente, diálogos e dinâmicas sobre o assunto trabalhado, possibilitando a construção coletiva de um novo conhecimento.

Ao longo desse processo, objetiva-se a mudança tanto de ressignificação quanto de compreensão do termo "atividade física" enquanto prática promotora da saúde e do bem-estar, possibilitando a elaboração de estratégias para transpor barreiras antes existentes, e de metas que auxiliem na adoção de um estilo de vida fisicamente ativo.

Exemplificando

A seguir serão detalhadas algumas estratégias de abordagem e ações realizadas pelo GEPAF em seu trabalho ("Ambiente ativo"), que tiveram como tema central a atividade física.

Estratégias de abordagem	Ações realizadas
Ligações telefônicas	1º encontro - participantes receberam um calendário com datas dos encontros seguintes. Quando o participante faltava, o profissional de saúde telefonava, na semana subsequente, para discutir sobre o tema desenvolvido no encontro perdido. Posteriormente, o profissional responsável conduzia a discussão sobre o tema abordado. P.e.: no encontro sobre barreiras: • Motivo da ausência no encontro presencial? • Retomou-se o conceito de AF • Discussão sobre o melhor período para praticar AF • Meta fixa estabelecida para o grupo (30 min. diários de AF moderada - lazer ou deslocamento) • Quais barreiras para a prática de? • Estratégias para transpor as barreiras Chamadas ocorreram em momentos de disponibilidade dos participantes (via de regra, no período noturno), respeitados os horários acenados por eles no início da intervenção, durante a formação dos grupos.

Envio de mensagem de texto via telefone celular	Toda semana, os participantes que tinham telefone celular recebiam uma mensagem de texto (SMS), para estimular a prática de AF, contendo a seguinte frase: "Acumule pelo menos 30 minutos de atividade física por dia: a sua saúde agradece."

Legenda: p.e.: - por exemplo; AF – atividade física; min – minutos.

Reflita

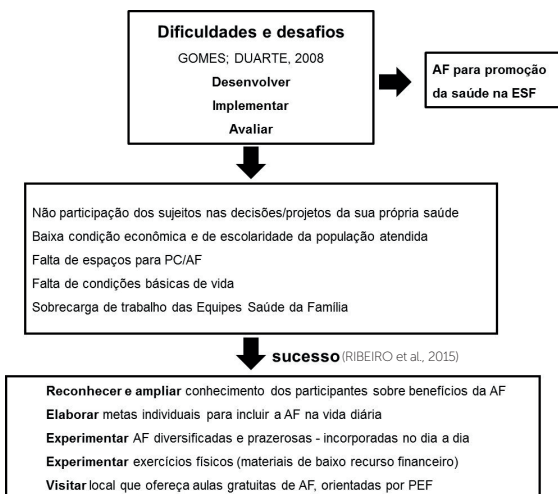
Assim, na atenção primária, a partir da utilização do conhecimento do território e da identificação de suas potencialidades, da criação e fortalecimento de vínculos, da continuidade e longitudinalidade do cuidado, da consideração de que diversos fatores como os sociais, econômicos, culturais e políticos influenciam as condições de vida e saúde de sujeitos e coletividades, é possível e mais factível conseguir mudanças efetivas nas condições de saúde individual e coletiva a partir da realização das práticas corporais e atividade física. E a partir daí apoiar as mudanças necessárias para o aumento da autonomia de sujeitos e coletividades no processo saúde-doença. Para isso, o encontro é condição fundamental, destaca-se a convivência, a formação e fortalecimento de grupos sociais nos territórios ao criar e/ou aumentar o vínculo entre os sujeitos e destes com os trabalhadores e serviços de saúde como importantes objetivos. As práticas corporais e atividade física na atenção primária devem fazer parte de um contexto maior, o qual busca ampliar e garantir a integralidade do cuidado, logo, não têm fim em si mesmas. Devem trazer não só benefícios biológicos, mas também devem propiciar o aumento do círculo social de convivência, de compartilhamento de objetivos, aflições, soluções e respostas para as mais variadas situações que a vida apresenta. (CARVALHO, 2016, p. 655)

Produção de materiais educativos

Cartilhas educativas podem ser elaboradas segundo os temas e discussões propostos nos encontros presenciais. Todos os participantes da intervenção "educação em saúde" podem receber esses materiais, seja presencialmente (nos encontros) ou em suas casas, por meio dos correios.

Considerando o trabalho desenvolvido pelo GEPAF, através do "Ambiente ativo", foram produzidos materiais educativos relacionados à temática: quatro abordam especificamente a prática de atividade física, um a alimentação saudável e outro apresenta dez dicas para um estilo de vida saudável. Todos esses materiais estão disponíveis e podem ser acessados no site do "Ambiente ativo". Disponível em: <http://www.each.usp.br/ambienteativo/materiais.php>. Acesso em: 10 jun. 2017.

Assimile

Figura 3.1 | Esquema ilustrativo das dificuldades e desafios da AF na ESF e algumas estratégias bem-sucedidas

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: AF – atividade física; ESF – estratégia de saúde da família; PC – práticas corporais; PEF – profissional de educação física.

Sem medo de errar

Tendo aplicado os diferentes protocolos e instrumentos de avaliação da atividade física e da aptidão física, e triados os participantes, o próximo passo será a estruturação de um programa de exercício físico alinhado às estratégias de educação em saúde. O público-alvo é um grupo de mulheres coronariopatas, com histórico de hipertensão arterial (em uso de medicação) e com sobrepeso. É de fundamental importância elencar as principais dificuldades e desafios relacionados ao tema, bem como ter claros os objetivos do programa a ser implementado.

Quais estratégias você utilizaria, relacionadas à educação em saúde, voltadas para o público-alvo mencionado (mulheres coronariopatas, com histórico de hipertensão arterial, em uso de medicação, e com sobrepeso)? O tema é "Atividade física e saúde".

O seu principal objetivo, como profissional de educação física, nesse contexto, deve ser contribuir para aumentar a prática de atividade física no tempo de lazer e como forma de deslocamento, voltadas para o público-alvo mencionado.

Para alcançar esse objetivo, entende-se a importância de se prever momentos de discussão com o grupo de mulheres sobre tópicos relativos à atividade física, visando à aquisição de novas experiências e conhecimentos, a partir de quatro frentes, por exemplo:

1. Reconhecimento e ampliação do conhecimento das participantes sobre os benefícios da prática de atividade física com foco na doença cardiovascular, na hipertensão arterial e no sobrepeso.

2. Elaboração de metas individuais para incluir a atividade física na vida diária de cada uma das integrantes do grupo de mulheres.

3. Experimentação de atividades físicas diversificadas e prazerosas que possam ser incorporadas no dia a dia do grupo e também atividades mais específicas, como a prática de exercícios físicos, utilizando materiais de baixo custo financeiro.

4. Visitação de pelo menos um local que ofereça aulas gratuitas de atividades físicas orientadas por profissionais de educação física.

Pronto, agora você implementou quatro estratégias iniciais e fundamentais para explorar o tema atividade física e saúde, voltado ao grupo de mulheres coronariopatas, com histórico de hipertensão arterial e sobrepeso.

Avançando na prática

Produzindo material educativo: atividade física e saúde - mulheres coronariopatas, histórico de hipertensão arterial (em uso de medicação) e sobrepeso

Descrição da situação-problema

Considere o mesmo público-alvo mencionado, mulheres coronariopatas, com histórico de hipertensão arterial (em uso de medicação) e sobrepeso, e elabore um material educativo

explorando o assunto "Atividade física e saúde". Quais temas você selecionaria e como os abordaria na elaboração desse material educativo?

Resolução da situação-problema

Você poderá elaborar o material educativo, personalizado a esse grupo de mulheres, a partir dos seguintes tópicos:

1. O que é atividade física?

O conceito de AF e possíveis momentos para sua realização, focando em atividades prazerosas que poderiam ser praticadas no tempo de lazer e no deslocamento.

2. Atividade física: quando, quanto e como fazer?

Explicar os quatro domínios em que o grupo de mulheres poderia praticar AF (lazer, deslocamento, trabalho e em casa). Aconselhar as participantes a praticar, pelo menos, 30 minutos diários de AF moderadas, com acúmulo de 150 minutos por semana. Apresentar tópicos, como a adequação de vestimentas, hidratação e alimentação, para a prática de exercícios físicos.

3. Superação de barreiras para a prática de atividade física

Esclarecimentos sobre a falta de recursos financeiros, a ausência de locais apropriados e de tempo disponível para a prática.

4. Dia a dia mais ativo: como conseguir?

Troca do percurso feito de carro ou transporte coletivo (ou parte dele) pelo deslocamento a pé ou de bicicleta e redução do tempo destinado à televisão (comportamento sedentário), visando ao aumento dos níveis de atividade física no lazer. Incentivo à elaboração de metas individuais de modificação do comportamento.

5. Atividades físicas para o desenvolvimento da aptidão cardiorrespiratória

Recomendação de AF para melhorar a aptidão cardiorrespiratória (30 minutos diários de atividades físicas aeróbicas moderadas por, pelo menos, 10 minutos consecutivos) e sugestão de atividades que poderiam ser adaptadas ao cotidiano dos participantes ou realizadas em casa, como a caminhada.

Faça valer a pena

1. A Estratégia Global de Dieta, Atividade Física e Saúde, aprovada na Assembléia Mundial da Saúde, endossada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, aponta algumas evidências científicas relacionadas à promoção geral da saúde para populações e indivíduos. Dentre os diferentes tipos e quantidade de atividades físicas necessárias para obter diferentes resultados na saúde, tem-se que:

I. A prática regular de 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, na maior parte dos dias, reduz o risco de doenças cardiovasculares e câncer de cólon e de mama.

II. O treinamento de resistência muscular e equilíbrio podem reduzir quedas e aumentar a capacidade funcional em idosos.

III. Maiores níveis de atividade física não são necessários para o controle de peso.

Considerando os diferentes tipos e quantidade de atividade física necessários para obter diferentes resultados na saúde, segundo a Estratégia Global de Dieta, Atividade Física e Saúde (2004), assinale a alternativa correta:

a) Apenas a afirmativa I está correta.
b) Apenas a afirmativa II está correta.
c) As afirmativas I, II e III estão corretas.
d) As afirmativas I e II estão corretas.
e) As afirmativas II e III estão corretas.

2.

[...] a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno. O princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde deve estar articulado à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado, embasado em uma postura autoritária, verticalizada de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte dos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida. (MACHADO et al. 2007, p. 336)

Considerando o texto de Machado et al. (2007) sobre "educação em saúde", assinale a alternativa correspondente:

a) As propostas de educação em saúde devem se pautar na detenção do saber do profissional de saúde.

b) Deve-se considerar o contexto social da população para propor temas relacionados à educação em saúde.

c) A integralidade do cuidado não tem relação direta com a temática "educação em saúde".

d) As ações de educação em saúde devem considerar o saber coletivo, levando em conta tanto a população quanto os profissionais de saúde.

e) A autonomia e emancipação da população para cuidar-se depende apenas dela própria.

3.

> [...] a prevalência de aconselhamento educativo à prática de atividade física na unidade básica de saúde, embora já venha ocorrendo, ainda é muito baixa frente às necessidades dos indivíduos... é preciso incrementar a participação dos gestores, profissionais e população no sentido de aumentar as prevalências de aconselhamento educativo à população relacionado à prática de atividade física. Por fim, nos parece adequada a participação de profissionais de saúde com conhecimento específico na área da atividade física, entre eles o educador físico, como estratégia de qualificar tanto o grupo profissional da unidade básica de saúde quanto a própria orientação educativa nesta área do conhecimento. (SIQUEIRA et. al., 2009, p. 211)

Considerando o texto de Siqueira et. al. (2009) sobre educação em saúde relacionada à prática de atividade física na unidade básica de saúde, assinale a alternativa correspondente:

a) Os programas de educação em saúde relacionados à prática de atividade física vêm crescendo no Brasil.

b) O empoderamento do profissional de educação física para atuar em educação em saúde voltada à prática de atividade física é estratégico.

c) A exploração da temática "prática de atividade física" é exclusiva do profissional de educação física.

d) O enfermeiro atuante na atenção primária pode explorar a temática "prática de atividade física".

e) As necessidades dos indivíduos relacionadas ao conhecimento sobre a importância da realização de atividade física têm sido atendidas.

Seção 3.2

Programa de exercício físico para grupos

Diálogo aberto

Já tendo aplicado os diferentes protocolos e instrumentos de avaliação da atividade física e da aptidão física e triados os participantes, o próximo passo será a estruturação de um programa de exercícios físicos, alinhado às estratégias de educação em saúde. O público-alvo é um grupo de mulheres coronariopatas, com histórico de hipertensão arterial (em uso de medicação) e com sobrepeso. É de fundamental importância elencar as principais dificuldades e desafios relacionados ao tema, bem como ter claro os objetivos do programa a ser implementado.

De posse de triagens da condição de saúde inicialmente realizadas, agora você está apto a sistematizar grupos (considerando diferentes públicos-alvo), estruturando programas de exercícios físicos, focando nos objetivos e metas a serem atingidos. Considerando a existência de queixas relacionadas a limitações físicas devido ao sobrepeso, falta de ar, desencadeada por esforço físico moderado, e sedentarismo como estilo de vida assumido, como você estruturaria um programa de exercícios físicos para esse grupo?

Não pode faltar

Caro aluno, é importante que você saiba que a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ratificou a institucionalização da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a PNPS, as práticas da atividade física estão entre as metas e as ações de intersetorialidade, e o incentivo às práticas corporais deve privilegiar estratégias de garantia de espaços prazerosos e adequados, segurança, arborização e transporte público, entre outras (MALTA et al., 2009).

Nesse sentido, o programa Academia da Saúde, do Ministério da Saúde, visa promover saúde, incluindo a promoção da atividade física e de hábitos saudáveis por meio da construção de "polos" (estrutura física) e acompanhamento de profissionais, incluindo profissionais

de educação física, principalmente para a população em alta vulnerabilidade social.

Figura 3.2 | Ilustração da programação Academia da Saúde

Fonte: <http://dab.saude.gov.br/imgs/portaldab/biblioteca/fotos/academia_saude/ilustra_episodio6.jpg>. Acesso em: 21 jun. 17.

Pesquise mais

O **programa Academia da Saúde**, lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, desenvolvido para ser implantado nos municípios brasileiros. Seu objetivo é promover o desenvolvimento de práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Para isso, esse programa promove a implantação de polos do Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Para saber mais sobre esse programa, acesse o link, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php?conteudo=sobre>. Acesso em: 15 jun. 2017.

O Programa Academia da Saúde atualmente é regido pela portarias nº 1.707/GM/MS, de 23 de setembro de 2016 . Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/9218-portaria-n-1-707-de-23-de-setembro-de-2016>. Acesso em: 15 jun. 2017. E nº 2.681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 15 jun. 2017.

Característica geral de um programa de exercícios para usuários do SUS

A proposta para um programa de exercícios físicos supervisionado em grupos, para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Salvador et al. (2015), deve ser planejada para aumentar o nível de atividade física no lazer, bem como para melhorar a aptidão física relacionada à saúde (aptidão cardiorrespiratória, força, flexibilidade e composição corporal), as quais você já viu na Seção 2.1.

Podem ser priorizados exercícios com sobrecarga (por meio da ginástica localizada e treinamento com pesos livres e em máquinas), direcionados para desenvolver a força, exercícios aeróbios (caminhada e corrida), visando ao aumento da capacidade cardiorrespiratória, bem como exercícios de alongamento, para desenvolver a flexibilidade (SALVADOR et al., 2015).

Um programa de exercício físico supervisionado deve ser composto por sessões de exercícios aeróbios caminhada e corrida, por exemplo, exercícios com sobrecarga exercícios com pesos livres e em máquinas, por exemplo e exercícios de alongamento (flexibilidade). O programa deve ser elaborado de acordo com as recomendações do Colégio Americano de Medicina do Esporte (GARBER et al., 2011), considerando ainda a viabilidade dos exercícios selecionados para a realização das sessões de treinamento de acordo com a estrutura disponível do local (SALVADOR et al., 2015).

É importante saber que o profissional de educação física pode determinar o tipo de supervisão que o grupo deve receber, a partir das informações obtidas tanto nas triagens de saúde pré-participação quanto nas avaliações iniciais pré-exercícios. De posse dessas informações, tornam-se conhecidas as características do grupo a ser supervisionado e, adicionado a isso, a supervisão realizada por um profissional experiente pode contribuir para aumentar a adesão ao exercício físico e ainda estabelecer a segurança para participantes com doenças crônicas (RIEBE, 2014).

Um programa de exercícios físicos regular, para a maioria dos adultos, deve incluir uma variedade de exercícios, além das atividades físicas realizadas rotineiramente, incluindo o trabalho de: condicionamento cardiorrespiratório, força e resistência muscular flexibilidade e composição corporal. Na Tabela 3.2, você pode conferir os componentes que não podem faltar numa sessão de treinamento de exercício físico.

Tabela 3.2 | Componentes de uma sessão de treinamento de exercícios

Tipo	Descrição	Intensidade	Duração
Aquecimento	Atividades cardiorrespiratórias RML.	leve - moderada	5 – 10 min
Condicionamento	Atividades aeróbicas. Atividades de resistência.		20 - 60 min
Desaquecimento	Atividades cardiorrespiratórias RML.	leve	5 – 10 min
Alongamento	Atividades de alongamentos, após aquecimento/antes do desaquecimento.		10 min

Fonte: adaptada de Riebe (2014). Legenda: RML - resistência muscular localizada; min – minutos.

Exercícios físicos aeróbios

Você já deve saber que o exercício aeróbico rítmico, de intensidade pelo menos moderada, que demanda grandes grupos musculares e que requer pouca habilidade específica para sua realização, é recomendado para que indivíduos adultos melhorem sua saúde e seu condicionamento cardiorrespiratório (RIEBE, 2014).

Portanto, no contexto da saúde da família, recomenda-se fortemente a prática de caminhada e corrida, as quais podem ser realizadas nas calçadas e ruas dos bairros onde se situam as UBS, por exemplo. A intensidade da caminhada ou corrida deve ser controlada por meio da frequência cardíaca (FC), sendo os valores da frequência cardíaca máxima de cada usuário calculados no momento inicial do programa por meio da seguinte fórmula (TANAKA; MONAHAN; SEALS, 2001):

FC máxima estimada = 208 - (0,7 x idade)

Logo, a FC de treinamento é:

FC de exercício físico = [208 - (0,7 x idade)] x a zona alvo

Sendo a variação da zona alvo de 0,55 a 0,85 (ou seja, 55% a 85%).

As sessões de exercícios físicos podem ocorrer com a utilização do monitor de frequência cardíaca, o que permite o controle constante da intensidade. Além disso, pode-se utilizar a escala de Borg para o monitoramento do esforço percebido como forma do usuário autoavaliar a intensidade do seu programa de exercício físico (Quadro 3.1).

Quadro 3.1 | Escala de Borg de esforço percebido

6	
7	Muito fácil
8	
9	Fácil
10	
11	Relativamente fácil
12	
13	Ligeiramente cansativo
14	
15	Cansativo
16	
17	Muito cansativo
18	
19	Exaustivo
20	

Fonte: adaptada de <http://www.cdof.com.br/avalia5.htm>. Acesso em: 23 ago. 2017.

Neste exemplo, você poderá conhecer a experiência do GEPAF (Grupo de estudos e pesquisas epidemiológicas em atividade física e saúde da USP), o qual conduziu um trabalho ("Ambiente ativo") de diferentes intervenções, dentre elas, o desenvolvimento de um programa de exercícios aeróbios de 12 meses, dividido em quatro fases, com três meses de duração cada (Quadro 3.2).

O principal objetivo do GEPAF foi verificar diferentes caminhos para a promoção da atividade física em usuários atendidos pelo Sistema Único de Saúde, em parceria com as UBS que atendiam pela Estratégia de Saúde da Família e com os NASF (SALVADOR et al., 2015).

Quadro 3.2 | Características do programa de exercícios aeróbios

Ambiente Ativo	Intensidade do esforço (zona alvo)	Frequência semanal	Tipos de exercícios	Duração da fase
Fase I	55% a 65% da FC máxima	3 x	Caminhadas/corridas	3 meses
Fase II	60% a 70% da FC máxima	3 x	Caminhadas/corridas Exercícios de força	3 meses
Fase III	65% a 75% da FC máxima	3 x	Caminhadas/corridas Exercícios de força	3 meses
Fase IV	75% a 85% da FC máxima	3 x	Caminhadas/corridas Exercícios de força	3 meses

Fonte: adaptado de Salvador et al. (2015).

Exercícios físicos com sobrecarga

Os benefícios do aumento do condicionamento neuromuscular (parâmetros funcionais de força, resistência muscular localizada e potência musculares) para a saúde estão bem estabelecidos. Cada componente do condicionamento neuromuscular aumenta em consequência de um regime de treinamento contra resistência adequadamente planejado e de exercícios de resistência realizados corretamente. Conforme os músculos treinados se fortalecem e aumentam (hipertrofiam), a resistência deve aumentar progressivamente, se são desejados ganhos adicionais (RIEBE, 2014).

Embora a potência muscular seja importante para eventos atléticos, a força e a resistência muscular localizada têm importância maior para um programa de treinamento geral centrado em resultados para o condicionamento físico de adultos jovens e de meia-idade.

Além de focar na força e resistência muscular, os idosos (acima de 65 anos) podem ser beneficiados pelo treinamento de potência, pois esse elemento do condicionamento neuromuscular diminui mais rapidamente com o envelhecimento e com a redução da massa muscular (resultando na perda de força), o que tem sido associado ao maior risco de quedas acidentais (RIEBE, 2014).

Reflita

Neste exemplo, você poderá conhecer mais detalhes da experiência do GEPAF, o qual conduziu um trabalho ("Ambiente ativo") de diferentes intervenções, dentre elas, o desenvolvimento de um programa de exercícios de sobrecarga de 12 meses, divididos em quatro fases, com três meses de duração cada (Quadro 3.3).

O volume e a intensidade dos exercícios foram controlados de forma que o usuário conseguisse realizar cada exercício com a maior sobrecarga possível mantendo a técnica de execução adequada durante 30 segundos. Assim como no programa de exercícios aeróbios, a escala de Borg de esforço percebido foi utilizada no programa de treinamento de força (SALVADOR et al., 2015).

Quadro 3.3 | Características do programa de exercícios de sobrecarga

Ambiente Ativo	**Intensidade do esforço (zona alvo)**	**Frequência semanal**	**Tipos de exercícios**	**Duração da fase**
Fase I	1 série 30 seg para troca	2 x	Treinamento em circuito -10 exercícios - alternando: MMII, MMSS e tronco	1º ao 3º mês
Fase II	2 séries 15 rpm 1 min intervalo	2 x	Pesos livres / equipamentos adaptados	4º ao 6º mês
Fase III	2 séries 15 rpm 1 min intervalo Obs.: reajuste quinzenal de sobrecarga	2 x	Pesos livres / equipamentos adaptados	7º ao 9º mês
Fase IV	8-15 RM 30 a 60 seg intervalo Obs.: reajuste quinzenal de sobrecarga	2 x	Pesos livres / equipamentos adaptados	10º ao 12º mês

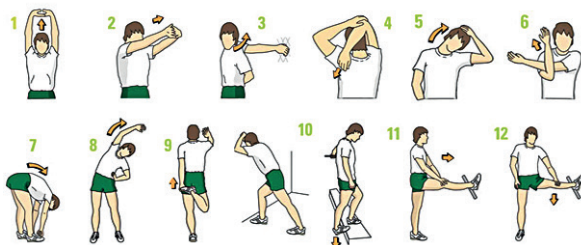
Legenda: rpm – repetições por minuto; RM – repetições máximas; MMII – membros inferiores; MMSS – membros superiores; seg – segundos; min – minutos.

Fonte: adaptado de Salvador et al. (2015).

Exercícios físicos de alongamento

A amplitude de movimento (ADM) ou flexibilidade das articulações pode ser melhorada por meio da realização de exercícios de flexibilidade. Nesse sentido, a estabilidade postural e o equilíbrio também podem melhorar a partir da realização de exercícios de flexibilidade. Portanto, recomenda-se que os participantes de um programa de condicionamento geral realizem exercícios de flexibilidade tanto após exercícios cardiorrespiratórios quanto após exercícios de resistência (RIEBE, 2014).

Como já apresentado, os exercícios de alongamento para ganho de flexibilidade das amplitudes de movimento podem ser inseridos, no contexto de uma sessão de treinamento físico, após o período de aquecimento ou antes do período de desaquecimento. Recomenda-se um total de 60 segundos de alongamento muscular, mantendo uma insistência única de 10 a 30 segundos até o limite do desconforto, podendo uma rotina de alongamentos gerais ser completada pela maioria dos indivíduos em torno de 10 minutos (RIEBE, 2014).

Figura 3.3 | Figura ilustrativa de sequência de alongamentos gerais

Fonte: <http://g1.globo.com/minas-gerais/projeto-caminhar/noticia/2011/01/aprenda-alguns-alongamentos-para-antes-e-depois-da-caminhada.html>. Acesso em: 21 jun. 2017.

Um programa de exercícios físicos que inclua treinamento de exercícios aeróbicos, de resistência, de flexibilidade e funcionais (equilíbrio, agilidade, marcha, coordenação), além das atividades cotidianas para melhorar e manter o condicionamento físico e a saúde, é essencial para a obtenção de benefícios para a saúde/condicionamento entre a maioria dos adultos.

O Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM) recomenda que a maioria dos adultos participe de:

• Treinamento de exercício aeróbico de intensidade moderada acima de 30 minutos por dia, mais de 5 dias por semana, totalizando mais de 150 minutos por semana.

• Treinamento de exercício cardiorrespiratório de intensidade vigorosa acima de 20 minutos por dia, mais de 3 dias por semana, totalizando 75 minutos por semana.

Os adultos devem realizar exercícios de resistência muscular localizada para os principais grupos musculares e exercícios funcionais de 2 a 3 dias por semana.

Recomenda-se a realização de exercícios de alongamento muscular, para ganho e/ou manutenção de amplitude de movimento, de 2 a 3 vezes por semana.

O programa de exercícios físicos deve ser modificado de acordo com a atividade física habitual, a função física, o nível de condicionamento físico, o estado de saúde, as respostas ao exercício e os objetivos declarados dos indivíduos (RIEBE, 2014).

Sem medo de errar

Considerando a estrutura do programa de exercícios físicos, uma sessão de treinamento de exercícios deve prever os seguintes componentes:

a. **Aquecimento + alongamentos gerais dos grandes grupos musculares** (5 – 10 min)

b. **Condicionamento cardiorrespiratório**

- **Tipo**: caminhada
- **Duração**: 20 min
- **Intensidade**:

Calcular os valores da frequência cardíaca máxima de cada integrante do grupo no momento inicial do programa por meio da fórmula:

FC de exercício físico = 208 - (0,7 x idade)

Por exemplo, para Dona Janice, de 55 anos, utilizaria a zona alvo de 0,60 (porque é iniciante), logo:

FC de exercício físico = [208 - (0,7 x idade)] x 0,60

FC de exercício físico = [208 - 38,5] x 0,60

FC de exercício físico = 102 bpm

Pronto, já temos a intensidade do esforço a ser mensurada durante a caminhada!

- **Frequência**: 2 vezes por semana
- **Progressão**: 2 meses iniciais

c. **Desaquecimento** (5 – 10 min)

Exercícios de alongamentos musculares

Obs.: Considerando que se trata de um grupo de mulheres coronariopatas, com histórico de hipertensão arterial (em uso de medicação) e com sobrepeso, é fundamental a mensuração inicial e final de valores da pressão arterial.

Avançando na prática

Dois meses depois: mulheres coronariopatas em programa de exercício físico

Descrição da situação-problema

Vamos considerar o mesmo grupo de mulheres com limitações físicas devido ao sobrepeso, falta de ar desencadeada por esforço físico moderado e sedentarismo como estilo de vida assumido, tendo iniciado o programa de exercícios físicos há dois meses. Como você incrementaria esse programa de exercícios?

Resolução da situação-problema

Considerando a estrutura do programa de exercícios físicos, uma sessão de treinamento de exercícios deve prever seus respectivos componentes. Após dois meses de condicionamento cardiorrespiratório, podemos aumentar a duração para 30 minutos, bem como a intensidade, considerando uma zona alvo de 0,7 (70%).

a. **Aquecimento + alongamentos gerais dos grandes grupos musculares** (5 – 10 min)

b. **Condicionamento cardiorrespiratório**

- **Tipo**: caminhada
- **Duração**: 30 min
- **Intensidade**:

Calcular os valores da frequência cardíaca máxima de cada integrante do grupo no momento inicial do programa por meio da fórmula:

FC de exercício físico = 208 - (0,7 x idade)

Por exemplo, para Dona Janice, de 55 anos, utilizaria a zona alvo de 0,70 (porque não é mais iniciante), logo:

FC de exercício físico = [208 - 38,5] x 0,70

FC de exercício físico =

FC de exercício físico = 119 bpm

Pronto, já temos a nova intensidade do esforço a ser mensurada durante a caminhada, que passa a ser mais exigente.

- **Frequência**: 2 vezes por semana
- **Progressão**: após os 2 meses iniciais

c. **Desaquecimento** (5 – 10 min)

Exercícios de alongamento muscular

Obs.: Considerando que se trata de um grupo de mulheres coronariopatas, com histórico de hipertensão arterial (em uso de medicação) e com sobrepeso, continuamos com a mensuração inicial e final de valores de pressão arterial.

Faça valer a pena

1. O programa Academia da Saúde, lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, desenvolvido para ser implantado nos municípios brasileiros. Seu objetivo é promover o desenvolvimento de práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, além de contribuir para a

produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população.
Para isso, esse programa ainda promove a implantação de polos do Academia da Saúde em espaços públicos com:
I. Infraestrutura necessária para as práticas de atividade física.
II. Equipamentos para a realização de atividade física.
III. Profissionais de saúde, não necessariamente habilitados para a prática de atividade física.
Considerando o programa Academia da Saúde, lançado em 2011 pelo governo federal, é possível afirmar que os polos do Academia da Saúde devem ser implantados em espaços públicos com:
a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) As afirmativas I e II estão corretas.
c) As afirmativas I e III estão corretas.
d) As afirmativas II e III estão corretas.
e) Apenas a afirmativa II está correta.

2. Um programa de exercícios físicos supervisionado em grupos, para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser planejado para aumentar o nível de atividade física no lazer, bem como para melhorar a aptidão física relacionada à saúde. Para isso, devem ser priorizados:
I. Exercícios com sobrecarga para desenvolver força e resistência muscular.
II. Exercícios aeróbios para desenvolver o condicionamento cardiorrespiratório.
III. Exercícios de alongamento para desenvolver a flexibilidade.
Considerando um programa de exercícios físicos supervisionado em grupos a ser desenvolvido para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção básica, é possível afirmar que devem ser priorizados:
a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) As afirmativas I e II estão corretas.
c) As afirmativas I e III estão corretas.
d) Apenas a afirmativa II está correta.
e) Apenas a afirmativa III está correta.

3. Em uma sessão de treinamento de exercícios físicos, necessariamente devem ser previstos alguns componentes que não podem faltar.
Quais são esses componentes?
a) Aquecimento e relaxamento.
b) Aquecimento, condicionamento e desaquecimento.
c) Alongamento, condicionamento e relaxamento.
d) Aquecimento, alongamento e relaxamento.
e) Alongamento, condicionamento cardiorrespiratório e fortalecimento muscular.

Seção 3.3

Dificuldades e desafios

Diálogo aberto

Já tendo aplicado os diferentes protocolos e instrumentos de avaliação da atividade física e da aptidão física e triados os participantes, o próximo passo será a estruturação de um programa de exercício físico, alinhado às estratégias de educação em saúde. O público-alvo é um grupo de mulheres coronariopatas, com histórico de hipertensão arterial (em uso de medicação) e com sobrepeso. É de fundamental importância elencar as principais dificuldades e desafios relacionados ao tema, bem como ter claros os objetivos do programa a ser implementado.

Considerando o andamento do programa de exercícios físicos implementado para o grupo mencionado, você identifica problemas relacionados à aderência e à adesão dos participantes. Quais estratégias você pode utilizar para aumentar a aderência e a adesão dos participantes para a continuidade do programa proposto?

Não pode faltar

Adesão e aderência dos participantes

Caro aluno, é importante que você saiba que dois grandes desafios na área de promoção da atividade física estão relacionados ao estímulo à **adesão** (convencer a população a iniciar a participação em algum programa de atividade física) e à **aderência** (elaborar estratégias que mantenham os participantes nos programas) (SALVADOR et al., 2015).

Se você deslocar esses temas para o contexto da saúde pública, o desafio passa a ser elaborar estratégias com esse objetivo, porém tais estratégias devem ainda estar adaptadas ao sistema de saúde brasileiro (SUS), que atende aproximadamente 70% da população que vive em comunidades totalmente diferentes, socialmente, culturalmente e economicamente (SALVADOR et al., 2015).

E você, está preparado para se instrumentalizar e encarar esses desafios como profissional de educação física? Vamos em frente!

Salvador et al. (2015) descrevem algumas dificuldades/desafios, bem como algumas sugestões de possíveis soluções relacionadas ao desenvolvimento de programas de exercícios físicos no contexto do SUS (Quadro 3.4):

Quadro 3.4 | Dificuldades/desafios e possíveis soluções relacionadas ao desenvolvimento de programas de exercícios físicos no contexto do SUS

Dificuldades e desafios	Sugestões de soluções
Local específico para a prática de EF	Parcerias e utilização de estruturas próximas à própria UBS: • Praças • Escolas • Parques • Centros Educacionais Unificados (CEU) • Clubes municipais • Universidades O programa Academia da Saúde tem como um dos seus objetivos a implementação de polos que também poderão servir para a organização de grupos de prática de EF.
Falta de equipamentos como máquinas para EF	Adaptar o programa planejado e realizar os exercícios utilizando materiais alternativos: • Halteres • Barras • Faixas elásticas • Caneleiras • Steps
Aderência das pessoas ao programa de EF	• Alternativas de dias e horários • Manter contato constante com os ausentes • Consultas regulares sobre preferências e dificuldades dos usuários na participação de programas • Envolvimento de outras estruturas de apoio ao programa, inclusive com a participação de outros profissionais, como uma atuação conjunta dos profissionais da ESF e do NASF com os professores dos CEU

Fonte: adaptado de Salvador et al. (2015).

Legenda: EF – exercícios físicos; ESF – equipe de Saúde da Família; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; CEU – Centros Educacionais Unificados.

Lembre-se de que, de acordo com a política nacional de promoção da saúde, as práticas da atividade física estão entre as metas e as ações de intersetorialidade, logo a mobilização de parceiros pode facilitar tal ação.

A portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, aponta que:

> Art. 2º A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.
> Art. 4º A PNPS adota como princípios:
> V - a intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns. (BRASIL, 2014, [s.p.])

Reflita

A tarefa dos profissionais envolvidos em programas de exercícios físicos (no caso, no contexto da atenção primária) não deve se limitar à elaboração de um programa adequado de exercícios físicos ou à escolha dos melhores materiais a serem utilizados. Adicionado a isso, eles devem buscar constantemente formas de auxiliar os usuários do SUS a superar as barreiras para participarem regularmente e manterem a aderência ao programa de exercícios físicos (SALVADOR et al., 2015).

Se você quiser saber mais sobre intervenções de atividade física na comunidade, acesse o projeto **GUIA** (Guia Útil para Intervenções de Atividade Física na América Latina), iniciado em outubro de 2005 e financiado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças em Atlanta. Disponível em: <http://www.projectguia.org/pt/>. Acesso em: 25 jun. 2017.

Atividades extras

A tomada de decisão para começar a praticar regularmente qualquer programa de atividade física não ocorre de maneira

rápida. Por isso, além de “garantir” um programa supervisionado de exercícios físicos, os profissionais de educação física que atuam neste âmbito precisam estimular os participantes a realizar atividade física de outras formas, por meio de conversas, palestras ou outras atividades. Atividades como palestras e aulas especiais que objetivam o esclarecimento de dúvidas são importantes, pois fortalecem o engajamento dos participantes.

Capacitação dos demais profissionais de saúde na promoção da atividade física

O aconselhamento para a prática de atividade física para os adultos atendidos na atenção básica, feito por médicos e enfermeiros, por exemplo, é considerada uma estratégia importante de promoção da saúde (FLORINDO et al., 2015).

Ressalta-se aqui que o aconselhamento para a promoção da atividade física é definido como uma orientação geral e estruturada de incentivo direcionada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), para que estes iniciem ou continuem a prática de atividade física, principalmente nos domínios do lazer e como forma de deslocamento (CREF4/SP, 2012).

Diferentemente da prescrição e orientação de exercícios físicos de forma estruturada e regular, prerrogativas dos profissionais de educação física, o aconselhamento para a prática de atividade física poderia e deveria fazer parte da rotina dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde, pelo potencial que se tem de promoção da atividade física em larga escala, podendo inclusive servir para que mais pessoas possam aderir a orientações estruturadas de exercícios físicos por profissionais de educação física (CREF4/SP, 2012).

A literatura aponta que os profissionais de saúde que fazem avaliação da atividade física, e que se sentem preparados para falar sobre o assunto, relatam que a falta de tempo não é uma barreira para o aconselhamento, e que atuar em UBS que oferece programas de atividade física aumenta as chances de realizar aconselhamentos para a prática de atividade física para usuários atendidos na atenção básica (FLORINDO et al., 2013).

Esse mesmo estudo ainda aponta que a falta de tempo nas consultas, a falta de espaço para indicar onde as pessoas poderiam praticar atividade física e a falta de conhecimento sobre atividade

física formam as principais barreiras levantadas relacionadas ao aconselhamento para tal prática (FLORINDO et al., 2013).

Caro aluno, diante dessas elucidações, e considerando todo o conhecimento adquirido até aqui, deve ficar claro a você que os profissionais de educação física que atuam no SUS podem ser qualificadores na capacitação dos médicos e enfermeiros (os quais compõem a equipe de saúde da família) para promoverem atividade física (FLORINDO et al., 2015).

A seguir, traremos a experiência do grupo de estudos e pesquisas epidemiológicas em atividade física e saúde da Universidade de São Paulo (GEPAF-USP), que desenvolveu conteúdos que podem ser usados para a educação permanente e promoção da atividade física no contexto da atenção primária. Essa proposta de conteúdos visa incentivar médicos e enfermeiros a realizarem aconselhamentos para a prática de atividade física, voltados aos usuários do SUS (FLORINDO et al., 2015) – ver Quadro 3.5.

Quadro 3.5 | Temáticas importantes de atividade física e saúde abordadas em reuniões com médicos e enfermeiros

Reunião	Temáticas abordadas
1	• Conceito de AF • Explicação dos quatro domínios importantes para promoção da AF • Diferenças entre AF e EF
2	Recomendações para a prática de AF para a saúde.
3	Conceitos de comportamento sedentário, atividades leves, moderadas e vigorosas, de acordo com o Compêndio de Atividades Físicas de *Ainsworth* (FARINATTI, 2003).
4	Benefícios da prática de AF para a saúde.
5	Fatores associados e as barreiras para a prática de AF.
6	Atestado médico para a prática de exercícios físicos e esportes.
7	Resultados positivos para a promoção da AF a partir de: • Aconselhamentos de médicos e enfermeiros na atenção básica à saúde • Orientações para realizar aconselhamentos para a promoção da AF

Fonte: adaptado de Florindo et al. (2015).
Legenda: AF – atividade física; EF – exercício físico.

O Quadro 3.6 mostra alguns modelos de orientações que o grupo distribuiu para os profissionais, os quais podem ser adotados ou adaptados para outras realidades. Sugere-se que essa recomendação seja orientada diretamente nas consultas de rotina de médicos e enfermeiros, e que seja distribuída em formulários padronizados para os usuários do SUS.

Quadro 3.6 | Sugestões de orientações para a realização de aconselhamentos para a promoção de atividade física por médicos e enfermeiros

Abordagem	Aconselhamentos
Enunciado que deve ser explicado.	A prática de AF contribui para melhorar seu estado de humor e suas relações sociais. Você pode fazer novas amizades, melhorar a sua autoestima e sua qualidade de vida. Você pode evitar que: sua pressão aumente muito, apareçam doenças do coração, diabetes, você fique depressivo, você tenha osteoporose (doença dos ossos) e até mesmo alguns tipos de câncer.
Texto que pode ser escrito e usado nos formulários padronizados.	Acumule pelo menos 30 min/dia de AF em pelo menos 5 dias/sem. As AF podem ser praticadas diariamente: ✓ Contínuo (30 min/dia) ✓ Acumulado (3 períodos de 10 min cada) ✓ 2 períodos de 15 min cada
Enunciado que pode ser explicado de forma simples para que os usuários possam atingir as recomendações de prática de AF.	Você pode: ✓ Fazer uma caminhada rápida para o trabalho/fazer compras/ir para a escola; ✓ Usar a bicicleta como forma de transporte; ✓ Fazer caminhada no tempo de lazer em praças e parques; ✓ Fazer EF em academias, na UBS ou em clubes públicos perto da sua casa sob orientação de profissionais de educação física; ✓ Praticar esportes em clubes públicos perto da sua casa sob orientação de profissionais de educação física.

Fonte: adaptado de Florindo et al. (2015). Legenda: AF – atividade física; EF – exercício físico; UBS – Unidade Básica de Saúde.

Reflita

Recomenda-se que este profissional (Educação Física) seja o condutor e qualificador deste treinamento para os outros profissionais. Além disso, recomenda-se que o aconselhamento para a promoção da atividade física feito por médicos e enfermeiros seja organizado de modo que estes profissionais possam encaminhar as pessoas para programas estruturados de atividade física coordenados por profissionais de educação física desenvolvidos no SUS ou em entidades parceiras. (FLORINDO et al., 2015, p. 87)

Capacitação dos agentes comunitários de saúde na promoção da atividade física

Em adição ao que já foi previamente apresentado sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Unidade 1, Seções 1.2 e 1.3, quando olhamos para os objetivos gerais do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), fica clara a expectativa de que cada vez mais a população cuide de sua própria saúde e resolva seus próprios problemas, sendo o ACS um facilitador de tal processo (BRASIL, 2001).

Para isso, algumas diretrizes operacionais do PACS estabelecem que o ACS deve:

- Realizar diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade.
- Promover e executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva, nos domicílios e na comunidade.
- Realizar visitas domiciliares periódicas para o monitoramento de situações de risco.
- Fortalecer a organização e o desenvolvimento comunitários.
- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas.
- Participar de ações que fortaleçam elos entre o setor saúde e outras políticas para a promoção da qualidade de vida.

Fonte: Furlan (2010, p. 370).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem realizar ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, estabelecidas de acordo com as necessidades do território ao qual também fazem parte, por trazerem consigo histórias e experiências que permanecem em seus cotidianos que se relacionam em meio à sua prática profissional (BRIGAGÃO; GONÇALVES, 2009; ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004).

Reflita

Porém, muitas vezes, as ações dos ACS são prioritariamente referentes à vigilância epidemiológica, centradas em atividades de controle e saneamento e reproduções de atividades existentes há anos na comunidade local. Há pouca discussão in loco das potências dos ACS para atividades educativas e grupais, incluindo a formação para tal e incorporação do saber popular nas ações de saúde (FURLAN, 2010, p. 372).

A visita domiciliar (VD) pode ser considerada a atividade mais importante do processo de trabalho do ACS, que tem como principal função contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população por intermédio de ações educativas em saúde que podem iniciar nos domicílios, nas ações individuais, coletivas ou nos espaços sociais na comunidade. Logo, entende-se que quando o ACS exerce a sua função de ouvir, esclarecer, monitorar e orientar passa a exercer também o papel de educador (COSTA et. al, 2015).

Exemplificando

Apresentamos a seguir, tendo como referência o GEPAF, um processo de educação permanente em saúde realizado com os ACS para promoção

de atividade física utilizando uma proposta metodológica que evoluiu no sentido de gerar mais autonomia desses profissionais, trabalhando com métodos de aprendizagem ativas e integrando modelos de promoção da atividade física individual e comunitária (COSTA et al., 2015) – ver Quadro 3.7.

Quadro 3.7 | Exemplo de temas, objetivos, estratégias e ações realizadas, relacionados aos 4 encontros educativos sobre atividade física voltada aos ACS

Tema	Objetivos	Estratégias e ações realizadas
AF, saúde e autocuidado	Coletar dados sociodemográficos e de conhecimentos de AF e saúde dos ACS. Discutir os conceitos, tipos e recomendações de AF. Refletir sobre cuidado e autocuidado.	**Preenchimento questionários**: Hábitos de AF no tempo de lazer e como forma de deslocamento. Comportamento de assistir TV. Barreiras para a prática de AF no lazer. Escala de percepção de ambiente. Características pessoais. Conhecimentos sobre AF.
Barreiras para a prática de AF	Discutir barreiras que dificultam a prática regular de atividade física por parte dos ACS: • Pessoais • Ambientais • Coletivas • Institucionais • De trabalho Compreender barreiras individuais que os moradores relatam aos profissionais de saúde.	Discussão das barreiras pessoais ou ambientais listadas pelos ACS.
Superação de barreiras	Refletir e discutir possíveis estratégias para superação dessas barreiras. Definir metas e objetivos para a prática de AF. Proporcionar diferentes vivências relacionadas aos conceitos de AF, exercício físico e esporte.	Discussão de como introduzir o aprendizado adquirido ao longo dos encontros no processo de trabalho por meio do aconselhamento de AF que poderia ser realizado nas VD. Vivência prática de AF realizada numa praça próxima à UBS.

Construção coletiva dos conteúdos das visitas domiciliares	Construir e elaborar coletivamente um roteiro para o aconselhamento de AF na VD - ênfase para a promoção nos domínios do lazer e como forma de deslocamento.	Discussão de dificuldades e facilidades encontradas no momento de aconselhar a família ou o usuário. Estratégias de aconselhamento para superação das barreiras: • Convidá-los a participar de grupos já existentes na UBS • Estimular a realização de caminhadas entre os familiares • Indicar locais na comunidade que poderiam oferecer grupos de AF gratuitos • Discursar acerca dos benefícios da prática regular de AF

Fonte: adaptado de Costa et al. (2015).
Legenda: AF – atividade física; TV – televisão; VD – visita domiciliar; ACS – agentes comunitários de saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde.

Após a compreensão da importância de processos educativos e capacitadores voltados aos grupos de ACS, ressalta-se também a necessidade de promoção de algumas práticas de atividade física para estes. Espera-se com isso sensibilizar os ACS para mudanças de comportamento, bem como ampliação de possibilidades de ações em promoção da atividade física, visando repercutir nos grupos já existentes na UBS ou nos aconselhamentos para a prática de atividade física de suas respectivas comunidades (SANTOS et al., 2015).

Sem medo de errar

A tarefa dos profissionais envolvidos em programas de exercícios físicos (neste caso, no contexto da atenção primária) não deve se limitar à elaboração de um programa adequado de exercícios físicos ou à escolha dos melhores materiais a serem utilizados. Adicionado a isso, eles devem buscar constantemente formas de auxiliar os usuários do SUS a superar as barreiras para participarem regularmente e

manterem a aderência ao programa de exercícios físicos (SALVADOR et al., 2015).

Portanto, é fundamental elencar estratégias com foco em adesão e aderência.

I. Estratégias para focar adesão

O desenvolvimento de atividades como palestras e aulas especiais, que objetivem esclarecer dúvidas, é importante, pois fortalece o engajamento dos participantes. Igualmente importante é a capacitação dos demais profissionais (Saúde e ACS) sobre a temática atividade física e promoção da saúde, para que eles possam contribuir com o aconselhamento quanto à prática de atividades físicas, bem como para conhecerem propostas e programas de exercício físico já em prática (divulgação).

II. Estratégias para focar aderência

- Criar dias e horários alternativos.
- Manter contato constante com os ausentes.
- Consultas regulares sobre preferências de atividades.
- Consultas regulares sobre dificuldades dos usuários na participação de programas.
- Envolvimento de outras estruturas de apoio ao programa - participação de outros profissionais:
    1. Profissionais da ESF.
    2. Demais profissionais do NASF.

Pronto, temos um programa de exercícios físicos e estratégias com foco em adesão e aderência dos participantes e apoio dos demais profissionais envolvidos com a promoção da saúde!

Avançando na prática

Equipe multidisciplinar e programa de exercícios físicos no contexto da atenção primária à saúde: foco na aderência dos participantes

Descrição da situação-problema

Considere o programa de exercícios físicos implementado na UBS há 2 meses, focado num grupo de mulheres coronariopatas, com histórico de hipertensão arterial (em uso de medicação) e com sobrepeso.

Algumas mulheres do grupo andam faltando. Ligações telefônicas realizadas identificaram o motivo das ausências: a pressão arterial (PA) de algumas delas encontrava-se descontrolada.

Qual estratégia poderia ser utilizada para trazer de volta essas mulheres ao programa de exercícios físicos em andamento?

Resolução da situação-problema

O profissional de educação física pode lançar mão de algumas medidas iniciais, como:

I. Compartilhar com médico/equipe de enfermagem os casos de absenteísmo no programa de exercícios físicos.

II. Discussão com a equipe multidisciplinar do NASF (médico, equipe enfermagem, farmacêutico, nutricionista) o motivo das ausências: PA descontrolada.

Feito isso, algumas estratégias podem ser assumidas pela equipe multidisciplinar do NASF:

a. Verificar se as mulheres estão fazendo uso correto das medicações prescritas.

b. E a dose da medicação, precisa ser ajustada?

c. A medicação precisa ser substituída/complementada?

d. Realizar acompanhamento de dieta alimentar.

Cercando-se das possíveis causas da hipertensão descontrolada, as próximas ações devem focar nos alvos. Só assim a PA pode ser controlada novamente e as mulheres poderão voltar a frequentar o programa iniciado.

Veja, caro aluno, a importância da equipe multidisciplinar que

compõe o NASF e toda sua capacidade de articulação voltada para atender às necessidades dos usuários do SUS!

Faça valer a pena

1. Segundo Salvador et al. (2015), dois grandes desafios na área da promoção da atividade física estão relacionados tanto ao estímulo à adesão quanto à aderência dos participantes, principalmente quando se propõem programas de exercícios físicos.
A partir dessas informações, pode-se concluir que:
I. Adesão tem relação com o convencimento da população a iniciar em algum programa de atividade física.
II. Aderência tem relação com estratégias que mantenham os participantes nos programas.
III. No contexto da saúde pública, o desafio é um pouco menor, pois as comunidades diferenciam-se socialmente, culturalmente e economicamente.
Considerando os grandes desafios apontados para estimular a promoção da atividade física no contexto da atenção primária, assinale a alternativa correta:
a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
c) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
d) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
e) Apenas a afirmativa III está correta.

2. Segundo o CREF4/SP (2012), o aconselhamento para a promoção da atividade física é definido como uma orientação geral e estruturada de incentivo direcionada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), para que estes iniciem ou continuem a prática de atividade física, principalmente nos domínios do lazer e como forma de deslocamento.

A partir dessa definição, pode-se entender que:

I. O aconselhamento para a prática de atividade física, feito por médicos e enfermeiros, por exemplo, para adultos que são atendidos na atenção básica, é considerado uma estratégia importante de promoção da saúde (FLORINDO et al., 2015).
II. Diferentemente da prescrição e orientação de exercícios físicos de forma estruturada e regular, as quais são prerrogativas dos profissionais de educação física, o aconselhamento para a prática de atividade física deveria fazer parte da rotina dos profissionais que atuam na atenção primária.

III. Profissionais de saúde que atuam em UBS que oferecem programas de atividade física para os usuários têm mais chances de realizar aconselhamentos para a prática de atividade física para usuários atendidos na atenção primária (FLORINDO et al., 2013).
Considerando o aconselhamento para a promoção da atividade física direcionada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), para que estes iniciem ou continuem a prática de atividade física, assinale a alternativa correta:
a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
c) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
d) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
e) Apenas a afirmativa III está correta.

3. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem realizar ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, estabelecidas de acordo com as necessidades do território ao qual também fazem parte, por trazerem consigo histórias e experiências que permanecem em seus cotidianos que se relacionam em meio à sua prática profissional (BRIGAGÃO; GONÇALVES, 2009; ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004).
Diante dessas afirmações, é possível concluir que:

I. Os ACS têm como principal atribuição contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, por intermédio das ações educativas em saúde que podem iniciar nos domicílios, nas ações individuais, coletivas ou nos espaços sociais na comunidade.
II. Os ACS podem contribuir para mudanças de comportamento, bem como ampliação de possibilidades de ações em promoção da atividade física, visando repercutir nos grupos já existentes na UBS ou nos aconselhamentos para a prática de atividade física de suas respectivas comunidades.
III. As ações dos ACS devem ser prioritariamente referentes à vigilância epidemiológica, centradas em atividades de controle e saneamento e reproduções de atividades existentes há anos em suas comunidades locais.
Considerando as ações dos ACS na prevenção de doenças e promoção de saúde, estabelecidas de acordo com as necessidades do território ao qual também fazem parte, assinale a alternativa correta:
a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
c) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
d) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
e) Apenas a afirmativa III está correta.

Referências

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 19-25, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a04v57n1.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa agentes comunitários de saúde** (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

______. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 24 jun. 2017.

BRIGAGÃO, J. I. M.; GONÇALVES R. Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 44, p. 387-393, set./dez. 2009. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2745/art_BRIGAGAO_Oficinas_de_promocao_de_saude_discutindo_os_2009.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

CARVALHO, F. F. B. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do sistema único de saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 647-658, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/58174/37391>. Acesso em: 21 maio 2017.

COSTA, E. F. et al. Educação permanente de agentes comunitários de saúde para promoção da atividade física. In: FLORINDO, A. A.; ANDRADE, D. R. **Experiências de promoção da atividade física na Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: SBAFS, 2015.

FARINATTI, P. T. V. Apresentação de uma Versão em Português do Compêndio de Atividades Físicas: uma contribuição aos pesquisadores e profissionais em Fisiologia do Exercício. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, v. 2, 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283528993_em_Portugues_do_Compendio_de_Atividades_F'isicas_uma_contribuicao_aos_pesquisadores_e_profissionais_em_Fisiologia_do_Exerc'icio>. Acesso em: 27 jun. 2017.

FLORINDO, A. A.; GUIMARÃES, V. V.; ANDRADE, D. R. Capacitação de médicos e enfermeiros para promoveram atividade física no Sistema Único de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família. In: FLORINDO, A. A.; ANDRADE, D. R. **Experiências de promoção da atividade física na Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: SBAFS, 2015.

FLORINDO, A. A. et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, v. 13, n. 794, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3844313/pdf/1471-2458-13-794.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2017.

FURLAN, P. G. O agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G. W. S. GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhad**a. São Paulo: Hucitec, 2010.

GOMES, M. A.; DUARTE, M. F. S. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família: programa Ação e Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 44-56, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/782/791>. Acesso em: 5 jun. 2017.

GARBER, C. E. et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 43, n. 7, p. 1334-1359, jul. 2011. Disponível em: <http://journals.lww.com/acsm-msse/fulltext/2011/07000/Quantity_and_Quality_of_Exercise_for_Developing.26.aspx>. Acesso em: 11 jun. 2017.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2017.

MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n1/v18n1a08.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2017.

RIBEIRO, E. H. C. et al. Intervenção de grupos de educação em saúde para a promoção da atividade física para usuários do Sistema Único de Saúde. In: FLORINDO, A. A.; ANDRADE, D. R. **Experiências de promoção da atividade física na Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: SBAFS, 2015.

RIEBE, D. Seção 3 - Prescrição de exercícios. Cap. 7 – Princípios gerais para a prescrição de exercícios. In: THOMPSON, P. D. et al. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. 9. ed. São Paulo: Guanabara & Koogan, 2014.

SALVADOR, E. P. et al. Intervenção de grupos de exercícios físicos supervisionados para a promoção da atividade física para usuários do Sistema Único de Saúde. In: FLORINDO, A. A.; ANDRADE, D.R. **Experiências de promoção da atividade física na Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: SBAFS, 2015.

SANTOS, T. I. et al. Vivências de prática de atividade física para agentes comunitários de saúde. In: FLORINDO, A. A.; ANDRADE, D. R. **Experiências de promoção da atividade física na Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: SBAFS, 2015.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Educação Física do Estado de São Paulo. Posição do CREF4/SP sobre prescrição de exercícios físicos. **Boletim CREF4/SP**, n. 29, set./out. 2012. Disponível em <http://www.crefsp.gov.br/wp-content/uploads/boletim029.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2017.

SIQUEIRA, F. V. et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 203-213, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/22.pdf >. Acesso em: 3 jun. 2017.

TANAKA, H.; MONAHAN, K. D.; SEALS, D. R. Age-Predicted Maximal Heart Rate Revisited. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 37, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.onlinejacc.org/content/accj/37/1/153.full.pdf>. Acesso em: 12 jun. 201

Integralidade e interdisciplinaridade na busca de hábitos saudáveis

Convite ao estudo

Caro aluno,

Na Unidade 1, você teve a oportunidade de entrar em contato com uma contextualização geral sobre a saúde no Brasil, passando pelas diferentes relações entre a saúde e o ambiente, o desenvolvimento, a economia e a própria formação dos profissionais na área.

Chegamos a explorar a atenção primária à saúde dentro da perspectiva da estratégia de saúde da família, até as principais características de seu modelo de gestão.

Na Unidade 2, você estudou os aspectos gerais da aptidão física, abordando os temas atividade física e exercício físico, além dos componentes da aptidão física relacionados com saúde e habilidades. Você viu também os aspectos gerais para planejar e organizar suas avaliações físicas no contexto da atenção primária à saúde.

Na Unidade 3, apresentamos a você a temática *educação em saúde e exercícios físicos supervisionados para a promoção da atividade física na atenção primária*, explorando conteúdos de educação em saúde, programas de exercícios físicos para grupos, bem como as dificuldades e desafios relacionados.

Dada a importância do entendimento do papel do exercício físico/atividade física e das mudanças de hábitos relacionados ao estilo de vida, como abordagens complementares para promover saúde e prevenir doenças, compreender a atuação de cada profissional da equipe de saúde, corroborando com a

integralidade e interdisciplinaridade, são premissas da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Sendo assim, na Unidade 4 será explorada a temática Integralidade e interdisciplinaridade na busca de hábitos saudáveis, pensando, então, nas estratégias para mudança de hábitos, na importância da integralidade e interdisciplinaridade, bem como na atuação e reconfiguração de perfis profissionais no contexto da atenção primária.

O contexto de aprendizagem da Unidade 4 abordará o papel do exercício físico e da atividade física, bem como as mudanças de hábitos relacionados ao estilo de vida, que são abordagens complementares para promover saúde e prevenir doenças. Associado a isso, exploraremos o entendimento da atuação de cada profissional da equipe de saúde, corroborando com a integralidade e interdisciplinaridade como premissas da ESF. Como exemplo, considere um grupo de usuários do SUS, que fazem uso da UBS, o grupo apresenta em comum a doença cardiovascular, um estilo de vida não saudável, bem como fatores de risco associados.

Seção 4.1

Mudança de hábitos

Diálogo aberto

O entendimento do papel do exercício físico/atividade física e da mudança de hábitos relacionados ao estilo de vida são abordagens complementares para promover saúde e prevenir doenças. Associado a isso está o entendimento da atuação de cada profissional da equipe de saúde, corroborando com a integralidade e interdisciplinaridade como premissas da ESF. Considere um grupo de usuários do SUS, que faz uso da UBS, e que apresentam em comum a doença cardiovascular, um estilo de vida não saudável, bem como fatores de risco associados.

Dentro desse contexto, como identificar os possíveis aspectos do estilo de vida, bem como o nível de estresse e aspectos psicológicos dos usuários do grupo mencionado? Como planejar estratégias relacionadas às mudanças de determinados hábitos e sua possível influência na saúde para o grupo mencionado?

Não pode faltar

Promovendo saúde e prevenindo doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida

Caro aluno, iniciaremos esta seção com o conceito de doença crônica, isto é, assumiremos uma das definições mais amplamente aceitas para esse termo, a qual foi proposta em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge (Estados Unidos). A partir dessa definição,

> **se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados. (KULLER; TONASCIA apud AZEVEDO et al., 2013, p. 1775)**

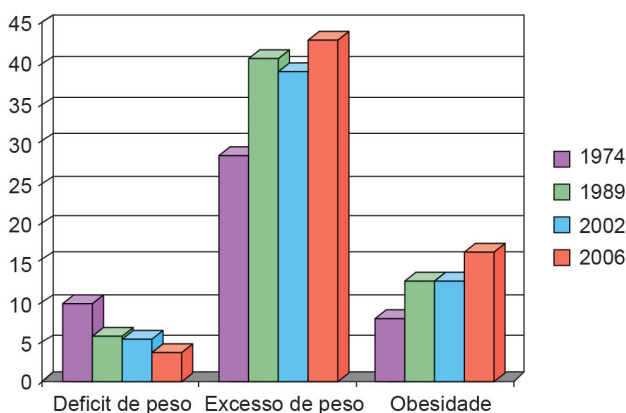
Não podemos abordar doença crônica sem deixar de citar o que foi a transição epidemiológica, a qual caracteriza-se pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas (OMRAN, 1971 apud PRATA, 1992).

As mudanças no modelo de desenvolvimento, no estilo de vida e no comportamento de uma sociedade, assumem importância para a saúde pública, estando os pobres em desvantagem em relação aos ricos quanto ao risco concomitante do perfil de morbimodalidade do atraso (doenças infecciosas) e da modernidade (doenças cardiovasculares e neoplasias). No Brasil, a particularidade da observada transição epidemiológica traz para consideração importantes componentes socioeconômicos, culturais, demográficos e ambientais (PRATA, 1992).

Se você quiser saber mais sobre esse tema, leia o artigo a seguir:

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n2/v8n2a08.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2017.

Vamos entender um pouco também sobre a transição nutricional. Ao mesmo tempo em que tem diminuído a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos em um ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira. A projeção dos resultados de estudos efetuados nas últimas três décadas é indicativa de um comportamento claramente epidêmico do problema. Estabelece-se, dessa forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, definindo uma das características marcantes do processo de transição nutricional do país (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Na Figura 4.1 é possível verificar um exemplo, no caso a população feminina brasileira, da evolução da desnutrição, sobrepeso e obesidade.

Figura 4.1 | Evolução da desnutrição, sobrepeso e obesidade na população feminina brasileira por meio da comparação de alguns estudos*

Fonte: <http://www.saude.br/images/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/pnds_1.jpg>. Acesso em: 5 set. 2017.
*IBGE, 1974 – Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF); 1989 – Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN); 2002 – Pesquisa de Orçamento Familiar (POF); 2006 – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS).

É importante que você saiba que os avanços econômicos e tecnológicos têm promovido grandes transformações nos hábitos de vida das populações, contribuindo para o aumento de doenças relacionadas ao estilo de vida. O novo perfil epidemiológico acompanhou a transição nutricional decorrente, em grande parte, da baixa atividade física combinada ao crescente consumo de alimentos processados e hipercalóricos, que predispõem ao ganho de peso e doenças associadas à obesidade (CEZARETTO; FERREIRA-VIVOLO, 2015).

Dentre essas doenças, o diabetes tipo 2, a hipertensão arterial, as dislipidemias e a doença cardiovascular aterosclerótica são alvos de ações em saúde pública, considerando suas crescentes prevalências nas populações mundiais, inclusive a brasileira (OMS, 2003). E no Brasil, o excesso de peso (IMC acima de 25 kg/m2) atinge 52,5% dos adultos, sendo que a obesidade (IMC acima de 30 kg/m2) está presente em 18,2% das mulheres e 17,6% dos homens (IBGE, 2010).

Associado a isso tem-se as dietas da modernidade, as mudanças na organização e os tipos de trabalho, bem como as facilidades ambientais (meios de comunicação e fast food, por exemplo), tudo isso corrobora para a inatividade física e estresse, facilitando o surgimento de doenças relacionadas ao estilo de vida. Cabe ressaltar

que distúrbios de natureza psicológica impactam de forma definitiva na instalação e manutenção dessas doenças, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos indivíduos (CEZARETTO; FERREIRA-VIVOLO, 2015).

Apesar da promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas terem algumas ações distintas com estratégias específicas, ambas têm em comum o foco no cuidado integral ao indivíduo e se complementam na busca pela saúde e bem-estar das populações.

Quando o alvo de preocupação são as doenças relacionadas ao estilo de vida, como a obesidade e o diabetes tipo 2, as intervenções para promoção da saúde ou para prevenção se sobrepõem. Medidas como alimentação saudável, atividade física, combate ao estresse e tabagismo, dentre outras, têm se mostrado eficazes para preservar a saúde e postergar o surgimento de doenças (CEZARETTO; FERREIRA-VIVOLO, 2015).

Depressão, doenças crônicas não transmissíveis e estilo de vida

Tristeza e desânimo como reação natural a situações adversas são sentimentos comuns na vida das pessoas. Porém, quando esses sentimentos são exacerbados e constantes acarretam prejuízos para o indivíduo, tais como diminuição da produtividade no trabalho, afastamento social e diminuição de autocuidado, tornando-se estes sintomas de um importante transtorno afetivo denominado depressão. Apesar de amplamente associada ao ambiente, como questões familiares e sociais, muitos estados graves da depressão não têm causa externa definida, como uma perda de ente querido, crise financeira ou violência urbana (CEZARETTO; FERREIRA-VIVOLO, 2015).

A depressão afeta mais de 350 milhões de pessoas no mundo, sendo a principal causa de incapacidades, contribuindo consideravelmente com a carga global de doenças (MARCUS et al., 2012). É uma doença psicossomática, envolvendo fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os quadros mais graves podem levar ao suicídio, porém, a doença ainda permanece escondida e não tratada. Transtornos depressivos se associam à obesidade, diabetes e demais componentes da síndrome metabólica (MOREIRA et al., 2003).

Exemplificando

A OMS propôs um programa desenvolvido para intensificação dos cuidados com transtornos mentais comuns, através da prevenção e controle de doenças mentais, como a depressão, para países de baixa e média renda, o *Mental Health Gap Action Program* – mhGAP (OMS, 2010). Este documento inclui a atividade física e técnicas de relaxamento entre as estratégias para prevenção e controle desta condição.

Se você quiser obter mais informações sobre esse programa, acesse o link disponível em: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/>. Acesso em: 12 jul. 2017.

A literatura aponta que o exercício físico sistematizado pode acarretar diversos benefícios para a sociedade, tanto físicos quanto mentais, proporcionando uma melhor qualidade de vida. No entanto, administrado de maneira equivocada e sem embasamento científico, pode alterar negativamente o nosso comportamento (por exemplo, a dependência de exercício físico e o uso de esteroides anabolizantes), prejudicando o nosso desempenho físico e cognitivo (MELLO et al., 2005).

Intervenções no estilo de vida são úteis para diminuir risco cardiometabólico e controlar a depressão. A melhora da percepção e do autocuidado em relação à saúde deve se transformar em melhor qualidade de vida (AGUIAR et al., 2008).

Estresse e estilo de vida

Caro aluno, de acordo com a definição, pode-se compreender “estilo de vida” como:

Estilo de vida é uma expressão moderna que se refere à estratificação da sociedade por meio de aspectos comportamentais, expressos geralmente sob a forma de padrões de consumo, rotinas, hábitos ou uma forma de vida adaptada ao dia a dia.

Alguns padrões sociais de **estilo de vida** constituem os principais fatores de risco comportamentais envolvidos nas doenças crônicas e incapacidades sérias. Um **estilo de vida** sedentário está associado a sobrepeso e obesidade, por exemplo. (DICIONÁRIO INFORMAL, 2014, [s.p.])

Reflita

Estresse no ambiente de trabalho cobra preço alto de indivíduos, empregadores e sociedade

O impacto do estresse no trabalho, na saúde e na produtividade dos profissionais, além de medidas para reduzir este problema, foi o foco da web conferência promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização dos Estados Americanos (OEA) no marco do Dia Mundial da Saúde e Segurança no Trabalho, comemorado em 28 de abril.

"Nenhum de nós está livre de estresse no trabalho", disse Francisco Becerra, diretor assistente da OPAS/OMS em Washington na abertura da web conferência. "O mundo do trabalho atual – dados os desafios do progresso industrial, globalização, desenvolvimento tecnológico e comunicação virtual – nos impõe condições que excedem os limites de nossas habilidades e capacidades. O resultado é o estresse no ambiente de trabalho, que pode causar disfunções físicas, psicológicas e até sociais que prejudicam nossa saúde, minam nossa produtividade e podem afetar até nossas famílias e círculos sociais".

Fonte: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5087:estresse-no-ambiente-de-trabalho-cobra-preco-alto-de-individuos-empregadores-e-sociedade&Itemid=839>. Acesso em: 9 jul. 2017.

As atividades de transporte constituem um importante determinante de saúde, significando acesso ao trabalho, à educação, ao lazer e aos serviços de saúde. Assim, o ciclismo, como meio de transporte, desponta como uma alternativa democrática (baixo custo de aquisição e manutenção); ecologicamente correta (não contribui diretamente para as mudanças climáticas); e saudável (para os que a utilizam e praticam atividades físicas regulares e para os que desfrutam de uma cidade menos congestionada e poluída sonora e atmosfericamente) (CARVALHO; FREITAS, 2012).

Preocupações de governos e sociedades com a situação ambiental das cidades, especialmente nos países em desenvolvimento, bem como com rotinas cada dia mais sedentárias, que provocam diversas doenças crônicas, como o diabetes tipo 2, as doenças coronarianas e a obesidade infantil, têm estimulado a busca do ciclismo como uma das alternativas para o transporte urbano. O chamado Transporte Ativo (TA), meios de transporte à propulsão humana (pedestres, bicicletas, triciclos, patins, skates e até cadeiras de rodas), vêm ganhando, a cada dia, mais adeptos (CARVALHO; FREITAS, 2012).

Bicicleta envolve estilo de vida que gera oportunidades de negócios

Usar a bicicleta como meio de transporte está mais comum no Brasil. Já são 70 milhões de bikes contra 50 milhões de veículos.

Ainda não chegamos no nível da Holanda, país conhecido pelo uso da bicicleta, mas estamos a caminho. Tem crescido no Brasil o número de pessoas que usam a bicicleta não só para esporte, mas também para trabalhar.

No Brasil já circulam mais bicicletas do que carros. São 70 milhões de bikes contra 50 milhões de veículos, segundo a Abraciclo e o IBGE.

Fonte: <http://g1.globo.com/economia/pme/pequenas-empresas-grandes-negocios/noticia/2017/06/bicicleta-envolve-estilo-de-vida-que-gera-oportunidades-de-negocios.html>. Acesso em: 8 jul. 2017.

Intervindo em aspectos psicológicos para melhoria dos aspectos físicos

Apesar da eficácia comprovada das intervenções com dieta e atividade física, tanto a adesão quanto a aderência, para a manutenção de comportamentos saudáveis, ainda são um grande desafio para os profissionais da saúde, como já vimos na unidade anterior, estando relacionado aos programas de exercícios físicos. Parte dessa dificuldade decorre da combinação de hábitos não saudáveis com distúrbios da esfera psicológica, em particular a depressão, doença crônica também associada ao estilo de vida que representa importante barreira ao autocuidado (CEZARETTO; FERREIRA-VIVOLO, 2015).

O insucesso de intervenções decorre, em grande parte, da dificuldade de se lidar com aspectos psíquicos, como a depressão, que determinarão a disposição do indivíduo em mudar comportamentos de risco. Desse modo, intervenções que enfatizem modificações no estilo de vida devem necessariamente avaliar e lidar com aspectos psicológicos, reforçando a necessidade de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Abordagens com essas características têm sido mais promissoras no sentido de promover a saúde e prevenir doenças (CEZARETTO; FERREIRA-VIVOLO, 2015).

A mudança de comportamentos, apenas com disponibilidade de informação de qualidade, não é garantia de que a modificação de hábitos seja efetiva, refletindo a complexidade do processo de educação. Diante disso, os programas desenvolvidos na atenção primária devem buscar estratégias educativas adaptadas às condições do público-alvo, bem como aos recursos disponíveis (CEZARETTO; FERREIRA-VIVOLO, 2015).

Para que intervenções dessa natureza sejam bem-sucedidas, é importante lidar com os aspectos psicológicos dos indivíduos para que ocorra melhoria dos hábitos de vida. Entre esses aspectos, destacam-se o papel do estresse e da depressão, que geram e retroalimentam anormalidades orgânicas, agravando a qualidade de vida (CEZARETTO; FERREIRA-VIVOLO, 2015).

A psicoeducação é uma técnica baseada na sistematização de informações sobre prevenção ou promoção de saúde, considerando os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo, com o objetivo de melhorar a compreensão e iniciativa diante de dificuldades decorrentes de mudanças em hábitos cotidianos (MERHY, 1997).

Tal técnica pode ser facilitadora tanto no processo de mudanças de comportamento como na adesão a tratamentos.

O termo foi empregado pela primeira vez em meados dos anos 1980 e usado para descrever um conceito terapêutico comportamental, que consistia em quatro elementos: instruir o paciente sobre sua doença, treinar a resolução de problemas, treinar a comunicação e autoassertividade.

A intervenção psicoeducativa no estilo de vida, de modo geral, melhora a saúde física e mental de indivíduos de risco para diabetes mellitus tipo 2. Igualmente, sugere-se que esta seja uma intervenção implementada na atenção básica, contando com a equipe de profissionais presentes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (CEZARETTO; FERREIRA-VIVOLO, 2015).

Mudar hábitos de vida, apesar de ser ainda um desafio, é possível quando se entende saúde e doença como um processo que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Considerar que são inerentes ao indivíduo uma história de vida, pensamentos, sentimentos e vontades próprias, é essencial para auxiliá-lo no alcance de efetivas mudanças para melhoria de sua saúde física e psíquica. Assim, torna-se imprescindível uma equipe com apoio de profissional de saúde mental. Compreender a importância de se compartilhar saberes entre diferentes áreas e o saber do paciente como parte da ação é evento chave para se atingir este fim. Assim, a integralidade torna-se eficiente para promover saúde e prevenir doenças quando aplicada de maneira genuinamente interdisciplinar. (CEZARETTO; FERREIRA-VIVOLO, 2015, p. 172-173)

Sem medo de errar

Consta aqui uma proposta para você utilizar uma ferramenta (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000) para avaliar o **Perfil do estilo de vida individual**, a ser aplicado a cada um dos usuários em questão, como segue no Quadro 4.1.

Quadro 4.1 | Questionário sobre perfil de estilo de vida

PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL

ESTILO DE VIDA corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes e valores das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:

[0] Absolutamente **NÃO** faz parte do seu estilo de vida.

[1] **ÀS VEZES** corresponde ao seu comportamento.

[2] **QUASE SEMPRE** verdadeiro no seu comportamento.

[3] A afirmação é **SEMPRE VERDADEIRA** no seu dia a dia, faz parte do seu estilo de vida.

Componente: **NUTRIÇÃO**

(a) Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras. [ ]

(b) Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces. [ ]

(c) Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo. [ ]

Componente: **ATIVIDADE FÍSICA (AF)**

(d) Você realiza ao menos 30 minutos de AF moderadas /intensas de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana. [ ]

(e) Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular. [ ]

(f) No seu dia a dia você caminha ou pedala como meio de transporte e , preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador. [ ]

Componente: **COMPORTAMENTO PREVENTIVO**

(g) Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL, e procura controlá-los. [ ]

(h) Você NÃO FUMA e ingere ÁLCOOL com moderação (menos de duas doses ao dia). [ ]

(i) Você sempre usa cinto de segurança e, se dirige, o faz respeitando as normas de trânsito, nunca ingerindo álcool se vai dirigir. [ ]

Componente: **RELACIONAMENTO SOCIAL**

(j) Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos. [ ]

(k) Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações. [ ]

(l) Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil em seu ambiente social. [ ]

Componente: **CONTROLE DO ESTRESSE**

(m) Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar. [ ]

(n) Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado. [ ]

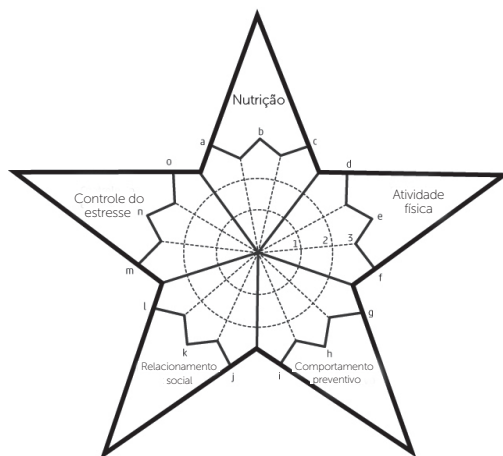
(o) Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. [ ]

Fonte: Nahas, Barros e Francalacci (2000).

Considerando-se as respostas aos 15 itens do Questionário sobre Perfil de Estilo de Vida, procure colorir a figura (Pentágono do bem-estar), construindo uma representação visual do estilo de vida avaliado.

Orientações gerais:

- Deixe em branco se foi marcado zero para o item;
- Preencha do centro até o primeiro círculo se marcou “1”;
- Preencha do centro até o segundo círculo se marcou “2”;
- Preencha do centro até o terceiro círculo se marcou “3”;

Figura 4.2 | Ilustração do Pentáculo do bem-estar

Fonte: <http://www.clicrbs.com.br/rbs/image/17389584.jpg>. Acesso em: 21 set. 2017.

Após a identificação do perfil do estilo de vida de cada um dos usuários do grupo, planeje estratégias, como discussões em grupo, relacionando determinados hábitos de vida versus saúde e qualidade de vida. Feito isso, colha informações do grupo sobre antes e depois das discussões realizadas.

Avançando na prática

Avaliação da qualidade de vida: indivíduos com doença cardiovascular, usuários do SUS e assistidos pela ESF e NASF

Descrição da situação-problema

O entendimento de mudanças de hábitos relacionados ao estilo de vida é uma abordagem complementar para promover saúde e prevenir doenças. Associado a isso está o entendimento da atuação de cada profissional da equipe de saúde, corroborando com a integralidade e interdisciplinaridade como premissas da ESF. Considere um grupo de usuários do SUS, que faz uso da UBS, e apresenta em comum a doença cardiovascular, um estilo de vida não saudável, bem como fatores de risco associados.

Agora você pode verificar a qualidade de vida de participantes de um programa de exercícios Físicos, os quais apresentam em comum a doença cardiovascular.

Resolução da situação-problema

Uma das formas de avaliar a qualidade de vida é pela aplicação de questionários. Para este contexto, sugerimos o questionário SF-36, disponível em: <https://www.cdof.com.br/testes13.htm>. Acesso em: 12 jul. 2017.

A versão brasileira do questionário SF-36 é dividida em domínios, sendo eles: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Aplique o questionário para cada um dos indivíduos e descubra seus respectivos escores representativos de qualidade de vida. Feito isso, o próximo passo é calcular o resultado do questionário aplicado.

A primeira etapa para o cálculo é identificar qual é o valor de referência para cada questão do questionário. Para isso, tem-se algumas regras, veja a seguir:

Aplica-se a pergunta 01: Se a resposta for:

1- 5,0

2- 4,4

3- 3,4

4- 2,0

5- 1,0

Aplica-se as questões 02, 10: Considerar os mesmos valores.

Aplica-se as questões 03, 04 e 05: Somar todos os valores.

Aplica-se a pergunta 06: Se a resposta for:

1- 5

2- 4

3- 3

4- 2

5- 1

Aplica-se a pergunta 07: Se a resposta for:

1- 6,0

2- 5,4

3- 4,2

4- 3,1

5- 2,0

6- 1,0

Aplica-se a pergunta 08: A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7.

Se 7=1 e se 8=1 o valor da questão é 6.

Se 7=2 a 6 e se 8=1 o valor da questão é 5.

Se 7=2 a 6 e se 8=2 o valor da questão é 4.

Se 7=2 a 6 e se 8=3 o valor da questão é 3.

Se 7=2 a 6 e se 8=4 o valor da questão é 2.

Se 7=2 a 6 e se 8=5 o valor da questão é 1.

Se a questão 7 não for respondida basta fazer e esta conta.

1- 6

2- 4,75

3- 3,5

4- 2,25

5- 1,0

Aplica-se a pergunta 09: Nesta questão basta atentar para os itens (a,d,e,h) eles deverão seguir a seguinte orientação:

1- 6

2- 5

3- 4

4- 3

5- 2

6- 1

Para os demais itens (b, c, f, g, i) o valor será mantido o mesmo.

Aplica-se a pergunta 11: Nesta questão os itens deverão ser somados, porém nos itens b e d seguem a seguinte pontuação:

1- 5

2- 4

3- 3

4- 2

5- 1

Raw score

Na segunda etapa do cálculo é necessário encontrar o raw score (esse termo é utilizado porque o valor não representa nenhuma unidade de medida). Você precisa transformar os valores das questões anteriores em notas para cada um dos 8 domínios do questionário.

Os domínios variam de 0 a 100, onde 0 é pior e 100 é melhor. Por exemplo, quanto mais perto do 100, melhor está a qualidade de vida da pessoa naquele domínio; e quanto mais próximo do 0, pior.

Fórmula para cálculo do domínio:

$$\textit{Domínio} = \frac{\textit{Valor obtido nas questões correspondes} - \textit{limite inferior} \times 100}{\textit{Variação (score range)}}$$

Limite inferior e variação (score range) são fixos e serão informados a seguir.

Domínio	Questões	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 e 08	2	10
Estado geral de saúde	01 e 11	5	20
Vitalidade	09 (somente para os itens a, e, g, i)	4	20
Aspectos sociais	06 e 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente para os itens b, c, d, f, h)	2	25

Fonte: <https://www.cdof.com.br/testes13.htm>. Acesso em: 25 jul. 2017.

Faça valer a pena

1. A transição epidemiológica, caracterizada pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas, aponta:

I. Mudanças no modelo de desenvolvimento, no estilo de vida e no comportamento de uma sociedade.

II. Que os pobres têm desvantagem em relação aos ricos quanto ao risco concomitante do perfil de morbimodalidade do atraso (doenças infecciosas) e da modernidade (doenças cardiovasculares e neoplasias).

III. Que, no Brasil, a transição epidemiológica deve considerar importantes componentes socioeconômicos, culturais, demográficos e ambientais.

Considerando-se as informações trazidas sobre o fenômeno de transição epidemiológica ocorrido no Brasil, pode-se afirmar que:

a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
c) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
d) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
e) Apenas a afirmativa I está correta.

2. A depressão afeta mais de 350 milhões de pessoas no mundo, sendo a principal causa de incapacidades, contribuindo consideravelmente com a carga global de doenças, sendo caracterizada como uma doença psicossomática, envolvendo fatores biológicos, psicológicos e sociais. Transtornos depressivos também podem se associar à obesidade, diabetes e demais componentes da síndrome metabólica (MOREIRA et al., 2003).

Considerando as informações sobre a prevalência de depressão, bem como a sua relação com outras doenças crônicas, é possível afirmar que:

a) Apenas os profissionais de saúde mental devem compreender aspectos da depressão e suas relações.
b) O profissional de educação física não deve se inteirar sobre a relação entre depressão e outras doenças crônicas.
c) Atividade física e técnicas de relaxamento são previstas entre as estratégias para prevenção e controle desta condição.
d) Não há como o exercício físico impactar negativamente o comportamento de adeptos.
e) Intervenções no estilo de vida não impactam no controle da depressão.

3. Grande parte do insucesso de intervenções, que tenham o objetivo de promover saúde e prevenir doenças, decorre da dificuldade de se lidar com aspectos psíquicos, como a depressão, que determinará a disposição do indivíduo em mudar comportamentos de risco.
Desse modo, as intervenções em saúde devem focar:
I. Nas modificações do estilo de vida, avaliando e lidando com aspectos psicológicos.
II. Na necessidade de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.
III. Em abordagens com estas características (I e II), que têm sido pouco promissoras no sentido de promover a saúde e prevenir doenças.
Considerando as intervenções em saúde que tenham como objetivo tanto a promoção da saúde quanto a prevenção de doenças, é possível afirmar que:
a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
c) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
d) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
e) Apenas a afirmativa III está correta.

Seção 4.2

Integralidade e Interdisciplinaridade

Diálogo aberto

O entendimento do papel do exercício físico/atividade física e das mudanças de hábitos relacionadas ao estilo de vida são abordagens complementares para promover saúde e prevenir doenças. Associado a isso está o entendimento da atuação de cada profissional da equipe de saúde, corroborando com a integralidade e interdisciplinaridade como premissas da ESF. Considere um grupo de usuários do SUS, que faz uso da UBS, eles apresentam em comum a doença cardiovascular, um estilo de vida não saudável, bem como fatores de risco associados.

Diante desse contexto apresentado, você deve ser capaz de compreender o papel de cada um dos membros da equipe de saúde da ESF e do NASF, de modo a articular-se como profissional de Educação Física capacitado para atuar em equipes de saúde. Diante dessa compreensão, identifique algumas intervenções interdisciplinares da equipe de saúde, como estratégias de enfrentamento para mudanças de estilo de vida dos usuários de determinada UBS.

Não pode faltar

Qualidade de vida - (Auto)percepção de saúde

Na Seção 4.1, apresentamos em diversos momentos o termo "qualidade de vida", porém, você já se perguntou o que significa exatamente esse conceito? Que tal explorar a Figura 4.3?

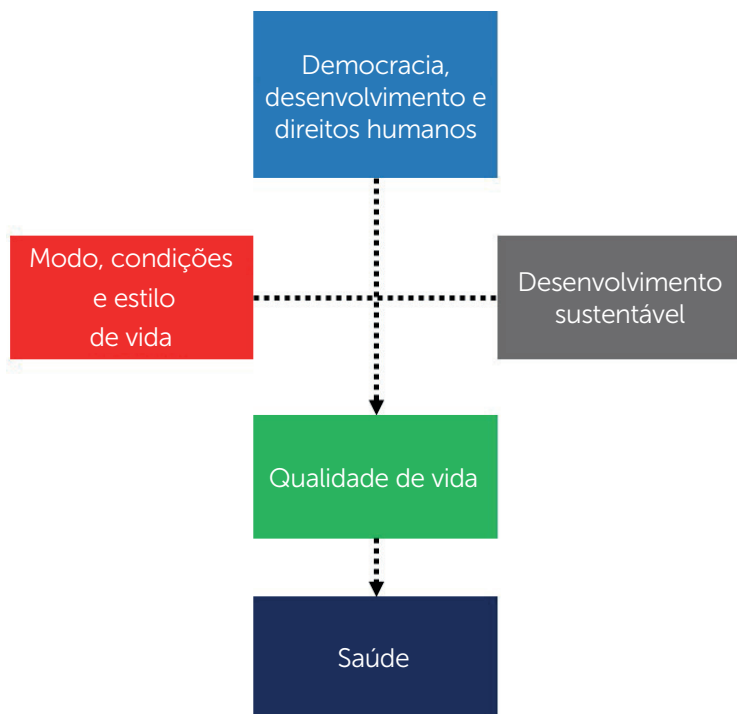
Figura 4.3 | Aspectos que impactam a qualidade de vida

Democracia, desenvolvimento e direitos humanos

Modo, condições e estilo de vida

Desenvolvimento sustentável

Qualidade de vida

Saúde

Fonte: adaptada de Minayo; Hartz; Buss (2000).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8)

A autopercepção de como os indivíduos sentem sua saúde foi prevista como um conceito de qualidade de vida ligada à saúde – *health related quality of life* (HRQL) –, sendo previamente descrito como o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se, por exemplo, o principal indicador para pesquisas avaliativas sobre intervenções em saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A utilização da autopercepção de saúde para explicar o processo saúde/doença depende de suas características subjetivas, bem como de determinadas limitações. Esta autopercepção pode ser influenciada pela cultura, expectativas, visão de mundo e até mesmo pela personalidade dos indivíduos em questão. Entretanto, por ser de fácil aplicação, pode ser usada tanto em pesquisa, como na prática clínico-assistencial, em diferentes momentos para acompanhar a evolução da saúde dos indivíduos (AGOSTINHO et al., 2010).

As escalas de qualidade de vida relacionadas com a saúde incluem medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, de bem-estar psicológico, de redes de apoio social, de satisfação, bem como do estado de ânimo dos indivíduos em questão. Essas medidas podem ser classificadas como genéricas, se usam questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde.

Um desses instrumentos foi desenvolvido pela OMS, que criou o Grupo de Qualidade de Vida, The WHOQOL Group (1995), e definiu o termo como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, esse instrumento baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e/ou negativos (dor).

Pesquise mais

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do *WHOQOL-100, o WHOQOL-bref*. Para ter acesso ao projeto, bem como ao questionário, você deve acessar o link disponível em: <https://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-bref>. Acesso em: 22 jul. 2017.

Exemplificando

A seguir, apresentamos, em linhas gerais, os quatro domínios do WHOQOL-bref, bem como os itens explorados por esse questionário que avalia qualidade de vida (Quadro 4.2).

Quadro 4.2 | Domínios e facetas do WHOQOL-bref

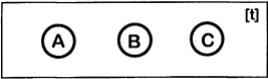
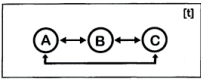
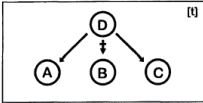
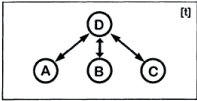
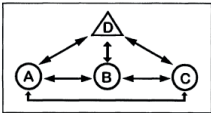
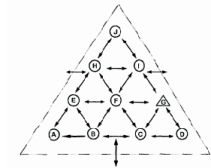
Domínio I: Físico	Dor e desconforto. Energia e fadiga. Sono e repouso. Mobilidade. Atividades da vida cotidiana. Dependência de medicação ou de tratamentos. Capacidade de trabalho.
Domínio II: Psicológico	Sentimentos positivos. Pensar, aprender, memória e concentração. Autoestima. Imagem corporal e aparência. Sentimentos negativos. Espiritualidade/religião/crenças pessoais.
Domínio III: Relações sociais	Relações pessoais. Suporte (apoio) social. Atividade sexual.
Domínio IV: Meio ambiente	Segurança física e proteção. Ambiente no lar. Recursos financeiros. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades. Participação e oportunidades de recreação/lazer. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima). Transporte.

Fonte: adaptado de <https://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-bref>. Acesso em: 22 jul. 2017.

Integralidade e cuidados na atenção primária

A atenção primária em saúde permite e contribui para a formação de vínculos, tanto fortes quanto contínuos, entre os profissionais de saúde e a população atendida, favorecendo assim a promoção de saúde, a prevenção de doenças e o diagnóstico precoce. O desempenho dos profissionais de saúde é facilitado pelo conhecimento da comunidade em que o paciente habita, focando seu trabalho nas pessoas e em seu ambiente físico, social e cultural, e não na enfermidade, por exemplo. Desse modo, exploram-se as inter-relações entre as várias dimensões da saúde, obtendo uma percepção integrada do indivíduo, a isto chama-se de integralidade em saúde (THEME FILHA et al., 2008).

Ressalta-se que as enfermidades não se limitam apenas à dor física e ao desconforto, mas também às consequências sociais e psicológicas de conviver com o processo de adoecimento.

Trabalho em equipe e interdisciplinaridade

Se retomarmos um dos conceitos iniciais explorados até aqui, o de clínica ampliada (Seção 1.3), poderemos explorar o termo “trabalho em equipe”, o qual Coelho (2010, p. 124) descreve muito bem:

> Produzir saúde é uma tarefa complexa demandando o intercurso de vários campos de conhecimento. Desta forma não apenas o médico, mas um variado leque de trabalhadores de saúde necessita ser organizado de forma a aumentar a capacidade dos serviços de resolver problemas e produzir saúde. Organizar o trabalho de forma que estas equipes de saúde efetivamente atuem como equipe, encontrando campos de atuação que possam ser implementados por todos os membros de forma interdisciplinar ao lado de núcleos de práticas específicas de cada categoria de trabalhadores é de extrema relevância para o sistema de saúde.

A seguir, apresenta-se a classificação evolutiva de interação (ou integração) de diferentes campos disciplinares, a partir da observação da própria prática científica e dos corpos de discursos por ela alimentados (JANTSCH, 1972; VASCONCELOS, 1996; BIBEAU, 1996 apud ALMEIDA FILHO, 1997).

Quadro 4.3 | Classificação evolutiva de interação ou integração de diferentes campos disciplinares

Classificação da interação/integração de campos disciplinares	Representação esquemática
Multidisciplinaridade	[t] A B C
Pluridisciplinaridade	[t] A↔B↔C
Interdisciplinaridade auxiliar	[t] D A B C
Metadisciplinaridade	[t] D A B C
Interdisciplinaridade	D A B C
Transdisciplinaridade	J H I E F G A B C D

Fonte: adaptado de Almeida Filho (1997).

Legenda:

Disciplinaridade - Área homogênea de estudo com fronteiras bem delimitadas. A disciplinarização cria, ilusoriamente, uma identidade que perpetua e reatualiza constantemente as regras.

Multidisciplinaridade - Disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto (digamos, uma temática t), sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico. É um sistema que funciona pela justaposição de disciplinas em um único nível, estando ausente uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares.

Pluridisciplinaridade - Justaposição de diferentes disciplinas científicas que, em um processo de tratamento de uma temática unificada t, efetivamente desenvolveriam relações entre si. Seria ainda, portanto, um sistema de um só nível (como na multidisciplinaridade), porém os objetivos aqui são comuns, podendo existir algum grau de cooperação mútua entre as disciplinas. De todo modo, envolvendo campos disciplinares situados em um mesmo nível hierárquico, há uma clara perspectiva de complementaridade, sem ocorrer coordenação de ações nem qualquer pretensão de criar uma axiomática comum.

Interdisciplinaridade auxiliar - Interação de diferentes disciplinas científicas (A, B, C e D), sob a dominação de uma delas (no caso D), que se impõe às outras enquanto campo integrador e coordenador. O sistema apresenta dois níveis e aqui pode-se reconhecer a posição superior de uma disciplina em relação às outras.

Metadisciplinaridade - A interação e as inter-relações entre as disciplinas são asseguradas por uma metadisciplina que se situa em um nível epistemológico superior. Esta não se impõe como coordenadora, mas sim como integradora do campo metadisciplinar, atuando como mediadora da comunicação. O esquema gráfico (Quadro 4.3) acentua a dupla via de relação entre as disciplinas e a metadisciplina.

Interdisciplinaridade - Implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas A, B, C e D, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas (no caso, D). Esta última, geralmente determinada por referência à sua proximidade da temática comum, atua não somente como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares, mas, principalmente, como coordenadora do campo disciplinar. A interdisciplinaridade é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação destes conceitos, gerando, desta forma, uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetuam por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos.

Transdisciplinaridade - Integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada. Baseada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Implica criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõe.

Reflita

Apesar de ser teoricamente correto considerar a saúde como campo transdisciplinar, pela complexidade de seu objeto, ao observarmos os serviços de saúde que contam com atendimento de equipe multiprofissional, percebemos que a organização de serviços se faz de forma fragmentada. O trabalho em equipe, quando visto como processo, demanda o repensar dos papéis, das relações de poder e dos conteúdos já instituídos. (COSTA, 2007, p. 109)

Intervenções interdisciplinares no estilo de vida com atenção à integralidade

No campo da saúde, a interdisciplinaridade acena como a possibilidade da compreensão integral do ser humano, no contexto das relações sociais e do processo saúde/doença, rompendo com a fragmentação entre saberes e práticas (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Estudos apontam que a qualidade de saúde depende da adesão dos pacientes às recomendações de tratamento. A não adesão do paciente pode ser uma ameaça generalizada para a saúde e o bem-estar, podendo impactar a saúde pública. É sabido que, em algumas doenças, mais de 40% dos pacientes sustentam riscos significativos por incompreensão, esquecer ou ignorar cuidados e conselhos relacionados a sua saúde (MARTIN et al., 2005).

Embora se saiba que estratégias de intervenção isoladas podem melhorar a adesão de pacientes a determinados tratamentos, tentativas bem-sucedidas para melhorar a adesão do paciente dependem de um conjunto de fatores. Dentre esses, o conhecimento e compreensão dos pacientes sobre seu papel nesse processo, uma comunicação clara e eficaz entre profissionais de saúde e seus pacientes, bem como a confiança na relação terapêutica (MARTIN et al., 2005).

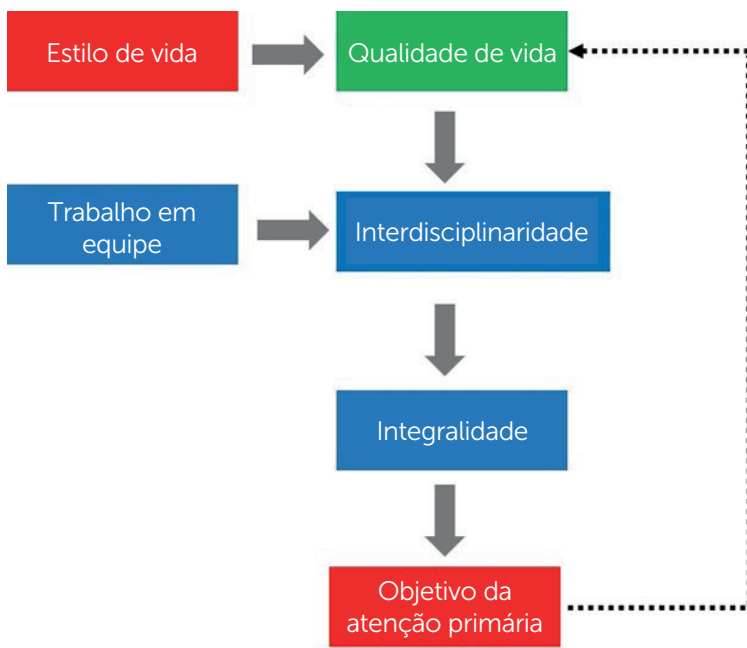
Entre os tratamentos não farmacológicos direcionados aos problemas de saúde estão as intervenções em grupo com abordagem interdisciplinar, apontadas pela literatura como ações benéficas para a mudança de hábitos, redução de sintomas, bem como construção de competências relacionadas à saúde e à qualidade de vida da população (FRANÇA et al., 2012).

Além disso, ações preventivas e de tratamento em grupo são de baixo custo, atingem uma quantidade maior de pessoas do que intervenções individuais, proporcionam a reconstrução de crenças e estimulam a motivação e a autoeficácia dos participantes (FRANÇA et al., 2012).

As intervenções em grupo estão em consonância com as diretrizes da saúde pública e os princípios básicos de universalidade, integralidade da atenção e controle social. Tais ações podem auxiliar na democracia do acesso à saúde, além de estimular a inclusão da comunidade nos cuidados e atenção integral, conforme as necessidades específicas do indivíduo, suas crenças, costumes e a própria gestão dos serviços (RASERA; ROCHA, 2010).

Na Figura 4.4 são apresentadas algumas relações importantes entre conceitos desenvolvidos ao longo desta seção. Pode-se observar que o desenvolvimento do trabalho em equipe, de forma interdisciplinar, contribui para a integralidade nas ações em saúde, as quais devem ser o objetivo da atenção primária, impactando positivamente a qualidade de vida dos cidadãos e seus respectivos estilos de vida.

Figura 4.4 | Esquema ilustrativo da qualidade de vida como foco da atenção primária

Estilo de vida
Qualidade de vida
Trabalho em equipe
Interdisciplinaridade
Integralidade
Objetivo da atenção primária

Fonte: elaborada pela autora.

Sem medo de errar

A seguir, apresentamos um quadro com ações interdisciplinares, bem como os profissionais envolvidos, voltadas para um grupo de usuários do SUS que apresenta doença cardiovascular.

Profissionais	Objetivos/metas	Ações
Médico	Identificação de fatores de risco para doença cardiovascular.	Avaliação da condição de saúde. Prescrição de medicamentos.
Farmacêutico	Redução dos índices do perfil lipídico.	Avaliação do perfil lipídico. Acompanhamento - uso correto de medicamentos.
Nutricionista	Promoção da alimentação saudável.	Avaliação de hábitos alimentares. Identificação de fatores de risco nutricionais. Proposta de dieta balanceada.
Profissional de Educação Física	Inserir atividade física/ exercício físico no cotidiano.	Avaliação da aptidão física. Proposta de programa de exercícios físicos. Incentivo à prática de atividade física (no lazer, no deslocamento).
Enfermeiro	Acompanhamento longitudinal.	Diagnóstico de enfermagem relacionado ao estilo de vida.
Psicólogo	Mudança comportamental do estilo de vida.	Avaliação do perfil psicológico. Intervenções psicológicas visando motivação para mudança de comportamento relacionado ao estilo de vida.

Avançando na prática

Interdisciplinaridade e mudança de hábitos: os desafios da adolescência

Descrição da situação-problema

O Sr. Antônio, pai de Felipe (13 anos), procurou o médico da Unidade Básica de Saúde pedindo uma orientação, tendo em vista que está preocupado com o sobrepeso de seu filho. Depois de uma conversa inicial, o médico solicitou que o pai trouxesse Felipe até a Unidade para uma avaliação mais detalhada. O pai tem histórico de hipertensão arterial e sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC), e a mãe abandonou o lar quando Felipe era ainda bebê. O pai afirma que Felipe sempre foi gordinho e que só gosta de "comer besteiras", como chocolates, balas e sorvete, além de ser preguiçoso. Ele é o filho mais novo de quatro irmãos. Não gosta de praticar esportes, tendo como lazer predileto jogar videogame. O médico constatou que Felipe tem 74 Kg, 1.50 metros de altura e está com pressão arterial de 135x90 mmHg.

Que problemas você consegue identificar nesse caso?

Quais profissionais de saúde e suas respectivas ações poderiam ser demandadas?

Qual seria sua atuação como profissional de Educação Física?

Resolução da situação-problema

Aspectos relevantes identificados, bem como ações propostas e equipe multiprofissional envolvida:

Quadro 4.4 | Ações propostas pela equipe multiprofissional

Objetivos	Ações	Profissional
Obesidade e maus hábitos alimentares		
	Utilizar os gráficos de peso e altura e avaliação do índice de massa corporal.	Nutricionista
	Orientar o adolescente, respeitando sua realidade econômica e sociocultural, para adotar um padrão alimentar mais saudável, com uma dieta balanceada (legumes, verduras, carne, peixe, frango, grãos e derivados do leite).	Nutricionista
Inserir esportes/ atividade física na rotina.	Promover a prática de esportes, bem como atividade física no lazer e deslocamento.	Profissional de Educação Física
	Acompanhar mensalmente o estado nutricional do adolescente.	Nutricionista
	Avaliar a circunferência abdominal para determinar se há obesidade centrípeta.	Nutricionista
Hipertensão Arterial		
	Agendar novas consultas para verificação de pressão arterial em ocasiões subsequentes.	Enfermagem
	Investigar fatores de risco para hipertensão arterial.	Enfermagem

	Afastar causas de hipertensão arterial secundária.	Médico
	Verificar a presença de sinais e sintomas de hipertensão, bem como lesões em órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos).	Médico
	Fazer orientação alimentar voltada para a restrição de alimentos ricos em sódio e gorduras saturadas, aumentando a ingestão de alimentos ricos em potássio e fibras.	Nutricionista
Inserir esportes/ atividade física na rotina.	Promover a prática de exercícios físicos regulares.	Profissional de Educação Física

Fonte: elaborado pela autora.

Faça valer a pena

1. Por ser de fácil aplicação, pode ser usada tanto em pesquisa como na prática clínico-assistencial, em diferentes momentos, para acompanhar a evolução da saúde dos indivíduos. Suas escalas incluem medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, de bem-estar psicológico, de redes de apoio social, de satisfação, bem como do estado de ânimo dos indivíduos em questão.
O trecho descrito refere-se a medidas de autopercepção de saúde para explicar o processo saúde/doença. Nesse sentido, pode-se afirmar que se trata de um instrumento que avalia:
a) Qualidade de vida.
b) Questões subjetivas.
c) Qualidade de vida ligada à saúde.
d) Fatores biológicos.
e) Fatores psicológicos.

2. A atenção primária em saúde permite e contribui para a formação de vínculos, tanto fortes quanto contínuos, entre os profissionais de saúde e a

população atendida, favorecendo assim a promoção de saúde, a prevenção de doenças e o diagnóstico precoce. O desempenho dos profissionais de saúde é facilitado pelo conhecimento da comunidade em que o paciente habita, focando seu trabalho nas pessoas e em seu ambiente físico, social e cultural, e não na enfermidade, por exemplo. Desse modo, exploram-se as inter-relações entre as várias dimensões da saúde, obtendo uma percepção integrada do indivíduo.

O texto apresenta um aspecto bastante importante, explorado na atenção primária, que podemos nomear de:

a) Integralidade.
b) Interdisciplinaridade.
c) Visão biomédica.
d) Qualidade de vida.
e) Olhar psicológico.

3. Atuar na área da saúde, enquanto profissional, é uma tarefa complexa que demanda o intercurso de vários campos de conhecimento. Desta forma, não apenas o médico, mas um variado leque de trabalhadores de saúde necessita ser organizado de forma a aumentar a capacidade dos serviços de resolver problemas e produzir efetivamente a saúde.

Diante disso, diferentes campos disciplinares, a partir da observação da própria prática científica e dos corpos de discursos por ela alimentados, podem se organizar em diversas composições, como:

I. **Multidisciplinaridade** - Disciplinas que tratam simultaneamente de uma dada questão, problema ou assunto, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico.

II. **Transdisciplinaridade** - Integração das disciplinas, baseada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, em que sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder.

III. **Interdisciplinaridade** - Implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas. Existe uma tendência à verticalização das relações de poder entre os campos implicados.

Considerando as diferentes composições entre campos disciplinares, para a caracterização de equipes de trabalho em saúde, pode-se afirmar que:

a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
b) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
c) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
d) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
e) Apenas a afirmativa I está correta.

Seção 4.3

Atuação profissional

Diálogo aberto

O entendimento do papel do exercício físico/atividade física e das mudanças de hábitos relacionados ao estilo de vida são abordagens complementares para promover saúde e prevenir doenças. Associado a isto, está o entendimento da atuação de cada profissional da equipe de saúde, corroborando com a integralidade e interdisciplinaridade como premissas da ESF. Considere um grupo de usuários do SUS, que faz uso da UBS, eles apresentam em comum a doença cardiovascular, um estilo de vida não saudável, bem como fatores de risco associados.

A partir da reconfiguração de perfis profissionais atuantes na saúde da família, quais competências devem ser desenvolvidas pelo profissional de Educação Física para atuar na atenção primária à saúde?

Não pode faltar

Reconfiguração de perfis profissionais – atuação na saúde da família

Caro aluno, que tal iniciarmos esta seção com uma reflexão? Vamos lá!

Reflita

A produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza – em razão da singularidade dos processos saúde-doença em cada pessoa – e com o (já mencionado) grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção. (AKERMAN; FEUERWERKER, 2012, p. 178)

Como já discutido previamente na Seção 1.3 (Modelo de Gestão), para Campos (2012), a reforma da clínica moderna deve superar o foco exclusivo sobre a doença, direcionando-o para o sujeito que, além de possuir uma biografia singular, manifesta no seu corpo a enfermidade ou o sofrimento em contexto particular. Sendo assim, assume-se que na *Clínica Ampliada* há uma nova dialética entre sujeito e doença, isto significa que há uma reconfiguração para se estabelecer a clínica, ou seja, a enfermidade, o sujeito e seu contexto de vida são todos objetos de investigação para o estabelecimento da intervenção pela equipe multiprofissional.

Caro aluno, retomando a reflexão, como seria trabalhar e lidar com essa dialética, com a imprevisibilidade do trabalho em saúde? Campos (2012) mostra que é preciso reconhecer os limites dos saberes já conhecidos (de cada uma das diferentes áreas de conhecimento), acompanhando os aspectos genéricos do processo saúde-doença. Depois disso, é preciso aprender com as variações, de modo a praticar a escuta e o decidir compartilhado, ouvindo tanto os sujeitos quanto os demais profissionais envolvidos (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013).

Segundo Akerman e Feuerwerker (2012), a transformação do perfil epidemiológico (já discutido na Seção 4.1), o envelhecimento da população e a prevalência das doenças crônico degenerativas (como a diabetes e hipertensão), bem como a diversificação da oferta de serviços de saúde para além de cuidados básicos que o SUS vem promovendo, têm contribuído para gerar novas possibilidades de inserção no trabalho e atenção à saúde para muitas profissões da saúde.

Nesse contexto, o reconhecimento do profissional de Educação Física como profissional da saúde é entendido como um ganho da profissão, de modo que favoreceu a ampliação do seu mercado de trabalho e levou a reflexões em relação à sua própria formação (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Este profissional inserido no NASF é de fundamental importância, pois ele auxilia no desenvolvimento dos aspectos físicos, cognitivos e sociais, promovendo melhora da qualidade de vida da população. Atuando junto à equipe multiprofissional do NASF, o profissional de Educação Física amplia a abrangência da atenção básica sendo responsável pelas ações de atividades físicas e práticas corporais (CONFEF, 2002).

Dentro da perspectiva de que as áreas estratégicas associadas ao NASF não se remetem à atuação específica e exclusiva de uma

categoria profissional, o processo de trabalho do profissional de Educação Física deve ser caracterizado por ações compartilhadas, visando uma intervenção interdisciplinar (CARVALHO; FREITAS, 2006).

Os profissionais de Educação Física são reconhecidos como membros da equipe de saúde pela resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 218 de 1997. Para saber mais, acesse o link disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/resolucao218_05_05_97.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2017.

Contextos e perspectivas do profissional de Educação Física na atenção primária

A ESF tem mobilizado a contratação de um grande contingente de profissionais de saúde no Brasil, e não só profissionais que compõem a ESF, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e técnicos em saúde bucal, mas outros começam a se vincular, como o profissional de Educação Física (AKERMAN; FEUERWERKER, 2012).

O mercado de trabalho em saúde coletiva no Brasil está em expansão, como consequência da construção de um sistema nacional de saúde, o SUS, que deve assegurar atenção integral à saúde de todos os brasileiros (AKERMAN; FEUERWERKER, 2012).

As intervenções propostas pelo profissional de Educação Física do NASF devem ser dirigidas a grupos-alvo, de diversas faixas etárias, portadores de diferentes condições corporais e/ou com necessidades de atendimentos especiais, junto à equipe multiprofissional do NASF (CONFEF, 2002). Além disso, o profissional deve conhecer as características do local e da população que lhe é referenciada, para atuar de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2008).

As práticas corporais e a atividade física, constituindo-se como um dos sete eixos temáticos de atuação da PNPS, devem ser construídas a partir de componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais do contexto onde o profissional de saúde atuará como ator social (BRASIL, 2009).

Reflita

> Se é correta a noção de que atividade física equivale a movimento, por outro lado, o foco do conhecimento a ser propagado é o da percepção para além do que é apenas um corpo correndo, pulando ou sendo biometricamente avaliado. O corpo com o qual se irá necessariamente interagir nas práticas corporais e a atividade física é o corpo cultural, repleto de símbolos e signos, que o torna único ao mesmo tempo em que o inclui na identidade de um determinado grupo ou coletivo social, como muito bem define a Antropologia, segundo a qual, não existe natureza humana independentemente da cultura. (BRASIL, 2009, p. 143)

A falta de espaço físico, ou até mesmo espaços inadequados para o desenvolvimento do trabalho do profissional de Educação Física na atenção primária, pode ser bastante facilitado por meio do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2013). Entende-se que o objetivo desse programa foi criar espaços adequados para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, como a prática da atividade física (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

O Programa Academia da Saúde, tendo a promoção da saúde como seu principal objetivo, é um equipamento do SUS pensado para operar fora da lógica da doença. Por esse motivo, o elevado desconhecimento e a baixa utilização da PNPS no planejamento das ações são entendidos como críticos, sinalizando a necessidade de qualificação para atuação na perspectiva da promoção da saúde. A integração da Academia da Saúde com a ESF e com o NASF é essencial para proporcionar maior integralidade do cuidado aos usuários (BRASIL, 2017).

Por essa razão, é importante conhecer e disseminar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) para que o planejamento e a execução das ações ocorram de forma convergente com a política. O Quadro 4.5 apresenta os temas prioritários para a promoção da saúde (BRASIL, 2014):

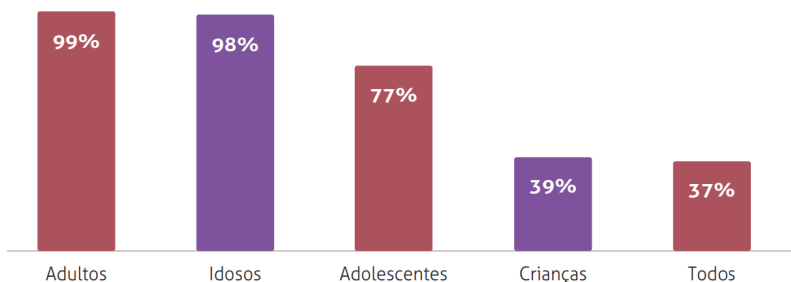
Quadro 4.5 | Temas prioritários para a promoção da saúde

Alimentação adequada e saudável.

- Práticas corporais e atividades físicas.
- Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados.
- Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas.
- Mobilidade segura e segurança no trânsito.
- Promoção da cultura da paz e direitos humanos.
- Promoção do desenvolvimento sustentável.
- Formação e educação permanente.

Fonte: Brasil (2014).

A seguir, apresentaremos alguns resultados do monitoramento 2016 do Programa Academia da Saúde, trazendo um panorama nacional de implantação e implementação desse programa (BRASIL, 2017).

Figura 4.5 | Polos do Programa Academia da Saúde em funcionamento, segundo participantes das atividades dos polos – Brasil, maio/2016

Fonte: Brasil (2017).

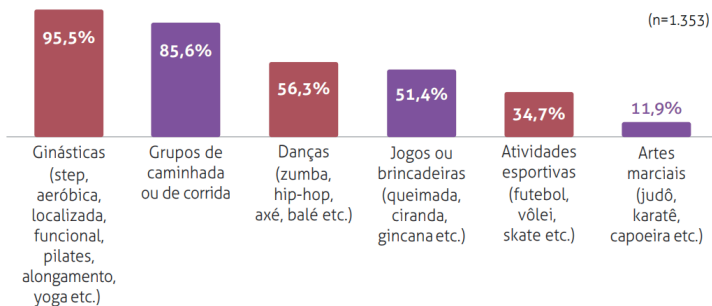
A oferta das práticas corporais como parte do cuidado à saúde se justifica pela sua importância na prevenção e no controle das doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, ressalta-se a necessidade de se superar abordagens que se limitem à dimensão física/biológica da atividade física e de se valorizar a natureza didático-pedagógica dessas atividades como estratégia para o empoderamento e autonomia dos participantes.

Essas práticas corporais desenvolvidas nos polos vinculados ao programa Academia da Saúde possibilitam encontros, escutas e trocas que favorecem a construção efetiva de relações de vínculo, corresponsabilidade e pertencimento entre os próprios usuários e entre estes e o serviço. Além disso, trazem elementos diferenciados do processo terapêutico tradicional, com potencial de ampliar a percepção dos participantes sobre si mesmos e sobre o contexto que os cerca, levando às mudanças de estilo de vida, na ampliação de saberes saudáveis, individuais e coletivos.

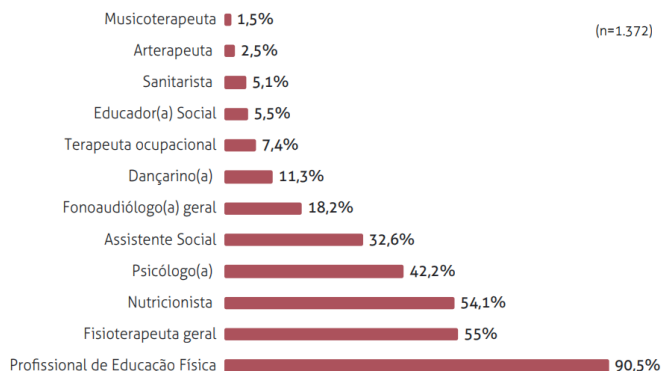
Deve ser considerado fundamental que a oferta de atividades físicas e práticas corporais estejam alinhadas aos princípios e aos valores da promoção da saúde, como parte de uma atenção integral que busca atuar sobre as necessidades locais, individuais e comunitárias, para além do enfoque da doença.

Exemplificando

Com relação à oferta de práticas corporais e atividades físicas, ambas estão presentes na maior parte dos polos e inclui ginásticas em geral (95,5%); grupos de caminhada e de corrida (85,6%); danças, como zumba, hip-hop, axé, balé (56,3%); jogos e brincadeiras, como queimada, cirandas, gincanas (51,4%); atividades esportivas (34,7%); e artes marciais (11,9%). Veja a Figura 4.6.

Figura 4.6 | Polos do Programa Academia da Saúde que promovem atividades de práticas corporais e atividades físicas, segundo tipo de atividade desenvolvida – Brasil, maio/2016

Fonte: Brasil (2017).

Ainda sobre os resultados do monitoramento 2016 do Programa Academia da Saúde, você sabia que 90% dos polos informaram contar com profissionais da Educação Física? Veja a Figura 4.7.

Figura 4.7 | Polos do programa academia da saúde em funcionamento, segundo categorias profissionais que atuam nos polos – Brasil, maio/2016

Fonte: Brasil (2017).

Competências a serem desenvolvidas

Vamos partir do entendimento de

competência [...] compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2014, p. 4)

Considerando-se o entendimento prévio do conceito "competências", a saúde coletiva pode contribuir para desenvolver algumas competências, comuns a todas as profissões da saúde, estabelecidas pelas diretrizes curriculares, tais como: atenção à saúde (promoção, prevenção, cuidado integral), tomada de decisões

(considerando as informações oportunas e análise dos contextos), comunicação (linguagem acessível, diálogo de saberes e referências), liderança (trabalho em equipe), administração e gerenciamento (do cuidado, de serviços e sistemas) e educação permanente (capacidade de aprender pela experiência em coletivos e seguir aprimorando-se durante toda vida profissional) (AKERMAN; FEUERWERKER, 2012).

O saber demandado do profissional de Educação Física é cada vez mais interdisciplinar e suas funções dizem respeito também à questão da administração e gestão do trabalho, para além da perspectiva técnica. Sendo assim, a adoção de referencial teórico-metodológico relacionado a outros modos de gerir e planejar o trabalho em saúde é fundamental para que os "modelos" de intervenção na Educação Física sejam avaliados e ressignificados (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013).

Para Pinheiro e Ceccim (2005, p. 19), a formação do profissional de saúde deve compreender reflexões que envolvem:

- **O empreendimento ético-político de pensar a formação como educação permanente, colocando o cotidiano do trabalho e os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença nas coletividades como critério de contemporaneidade dos cursos às necessidades sociais e científicas em saúde.**
- **A centralidade da integralidade em saúde como uma noção constitutiva de saberes e práticas com potência para superar a modelagem do ensino e dos serviços centrados em procedimentos, com os usuários interpretados [...] como simples territórios onde evoluem os quadros fisiopatológicos.**

Ressalta-se que os modos de intervir baseiam-se no acolhimento, na produção de novos padrões de subjetividade, no vínculo, na não segmentação das intervenções por condição clínica, de gênero ou ainda de faixa etária, na autonomia, bem como no trabalho com os sujeitos adoecidos em detrimento do foco nas doenças. O desafio reside em repensar um "saber-fazer" estruturado, no que se refere aos protocolos de atividades visando a prevenção e o tratamento de doenças, como hipertensão e diabetes. Muitas vezes, há um descompasso entre o saber técnico e o que os sujeitos definem

como necessidade de saúde, ou ainda como eles lidam e reinventam saberes e práticas diante da realidade e de seus projetos de vida (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013).

Ressalta-se também a importância de se reconhecer a produção de saúde como dinâmica, comprometida com a atenção primária que demanda a capacidade do profissional para lidar com a complexidade das relações (sujeitos, famílias, equipe de saúde) e com a própria organização das instituições; da necessidade de aprimoramento da capacidade de lidar com as incertezas e frustrações decorrentes dos encontros em saúde, que sempre são singulares, considerando a necessidade de apoiar as pessoas para lidarem com suas dificuldades e limitações, visando a produção do cuidado de maneira contextualizada (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013).

Considerando o exposto, o foco de intervenção do profissional de Educação Física é a prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde no contexto dos determinantes sociais da saúde de uma população ou indivíduo. O profissional deve estar capacitado para o trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, para as atividades de gestão e para lidar com políticas de saúde, além das práticas de diagnóstico, planejamento e intervenção específicas do campo das práticas corporais e atividades físicas (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012). Ressalta-se também a importância de romper com o predomínio da técnica e com a atitude autoritária e impositiva do profissional que não se coloca na perspectiva do outro (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013).

Responsabilidade ético-profissional

A inserção do profissional de Educação Física na atenção primária é vista como uma área nova, vislumbrada por perspectivas positivas no que se refere à sua atuação e integração na equipe de saúde, com reflexos também positivos nos serviços e na comunidade. Porém, essa inserção pode trazer alguns desafios: a frágil relação interprofissional, infraestrutura inadequada para o desenvolvimento das práticas corporais/atividades físicas, bem como uma frágil formação profissional que dê conta da atenção primária (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Refletir sobre como a Educação Física se articula com as outras profissões da saúde nas equipes de referência, além de como tem sido a orientação de seu trabalho na atenção primária, é fundamental para encontrar caminhos mais condizentes para atuar, no sentido de favorecer as mudanças necessárias. Mudanças essas que exigem conhecimento teórico e prático que norteiem o trabalho do profissional, com base nos princípios do SUS; uma concepção de saúde que contemple a complexidade do campo; efetiva aproximação entre ensino e serviço; e que possa responder às necessidades de saúde da população (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013).

O Código de Ética dos Profissionais de Educação Física (2013, p. 30) estabeleceu 12 (doze) itens norteadores para os profissionais de Educação Física registrados no sistema CONFEF/CREFs. De acordo com o capítulo III do art. 6º, uma das responsabilidades e deveres do profissional de Educação Física é:

I - Promover a Educação Física no sentido de que se constitua em meio efetivo para a conquista de um estilo de vida ativo dos seus beneficiários, através de uma educação efetiva, para promoção da saúde e ocupação saudável do tempo de lazer.

Segundo as diretrizes curriculares da Educação Física (BRASIL, 2004), em seu artigo 4º, é esperado que o profissional de Educação Física:

§1º O graduado em Educação Física deverá estar qualificado para analisar criticamente a realidade social, para nela intervir acadêmica e profissionalmente por meio das diferentes manifestações e expressões do movimento humano, visando à formação, a ampliação e o enriquecimento cultural das pessoas, para aumentar as possibilidades de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável.

Pode-se afirmar ainda que as diretrizes do NASF para a atuação do profissional de Educação Física condizem com o perfil profissional proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física. Veja a descrição das responsabilidades profissionais nas PCAF (BRASIL, 2009):

> É da interação com a cultura que advém a importância de se construir conceitos e compreensões de saúde, promoção da saúde e práticas corporais e atividades físicas, a partir das experiências apresentadas e/ou construídas pela população referenciada a um território. Nesse sentido recomenda-se que o profissional de Educação Física favoreça em seu trabalho a abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal presentes localmente e as que são difundidas nacionalmente, procurando fugir do aprisionamento técnico-pedagógico dos conteúdos clássicos da Educação Física, seja no campo do esporte, das ginásticas e danças, bem como na ênfase à prática de exercícios físicos atrelados à avaliação antropométrica e à performance humana.

Considerando as diretrizes curriculares, o código de ética profissional e as diretrizes do NASF, o profissional de Educação Física deve focar sua perspectiva de atuação para a capacitação da comunidade para melhorar a sua qualidade de vida, considerando não apenas as necessidades percebidas, mas o seu contexto cultural. Como profissional, pode favorecer a mudança de atitude de sujeitos/comunidades para a adoção de um estilo de vida saudável, a partir da problematização e compreensão de seus reais interesses e vontades e, sobretudo, pautado em uma perspectiva educativa progressista, direcionada para a formação de sujeitos críticos, reflexivos e autônomos.

Assimile

Ressalta-se a importância do profissional de Educação Física, de modo a favorecer em seu trabalho a abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal presente localmente, bem como das difundidas nacionalmente. O profissional, portanto, não deve se restringir às questões técnico-pedagógicas dos conteúdos clássicos da Educação Física, mas atentar à adequação das propostas aos costumes e contexto locais. Desta forma, o profissional de Educação Física se insere no serviço de atenção primária e atua no processo de implementação e concretização da PNPS, desde que tenha um perfil profissional que implique na adoção de posturas condizentes ao conceito de promoção da saúde, com base em um enfoque social e inclusivo (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012).

Sem medo de errar

Em primeiro lugar, é importante ficar claro o que se entende por competência, veja só:

Competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização de recursos disponíveis, exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática profissional, prioritariamente nos cenários do SUS.

Após esse entendimento, observe o Quadro 4.6 que traz uma síntese das **competências e habilidades previstas nas diretrizes curriculares do curso de Educação Física (BRASIL, 2004)**:

§ 1º A formação do graduado em Educação Física deverá ser concebida, planejada, operacionalizada e avaliada visando a aquisição e desenvolvimento das seguintes competências e habilidades:

Quadro 4.6 |Competências e habilidades do profissional de educação física

DCN - Competências e habilidades	
Dominar	...os conhecimentos conceituais, procedimentais e atitudinais específicos da EF e aqueles advindos das ciências afins, orientados por valores sociais, morais, éticos e estéticos próprios de uma sociedade plural e democrática.
Pesquisar Conhecer Compreender Analisar Avaliar Intervir	...a realidade social ...acadêmica e profissionalmente, por meio das manifestações e expressões do movimento humano, tematizadas, com foco nas diferentes formas e modalidades do exercício físico, da ginástica, do jogo, do esporte, da luta/arte marcial, da dança, visando à formação, a ampliação e enriquecimento cultural da sociedade para aumentar as possibilidades de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável.

Intervir	...acadêmica e profissionalmente de forma deliberada, adequada e eticamente balizada nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas, além de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas.
Participar Assessorar Coordenar Liderar Gerenciar	...equipes multiprofissionais de discussão, de definição e de operacionalização de políticas públicas e institucionais nos campos da saúde, do lazer, do esporte, da educação, da segurança, do urbanismo, do ambiente, da cultura, do trabalho, dentre outros.
Diagnosticar	...os interesses, as expectativas e as necessidades das pessoas (crianças, jovens, adultos, idosos, pessoas portadoras de deficiência, de grupos e comunidades especiais).
Planejar Prescrever Ensinar Orientar Assessorar Supervisionar Controlar Avaliar	...projetos e programas de atividades físicas, recreativas e esportivas nas perspectivas da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer e de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas.
Conhecer Dominar Produzir Selecionar Avaliar	...os efeitos da aplicação de diferentes técnicas, instrumentos, equipamentos, procedimentos e metodologias para a produção e a intervenção acadêmico-profissional em EF nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas, além de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas.
Acompanhar	...as transformações acadêmico-científicas da EF e de áreas afins mediante a análise crítica da literatura especializada com o propósito de contínua atualização e produção acadêmico-profissional.

Utilizar	...recursos da tecnologia da informação e da comunicação de forma a ampliar e diversificar as formas de interagir com as fontes de produção e de difusão de conhecimentos específicos da EF e de áreas afins, com o propósito de contínua atualização e produção acadêmico-profissional.

Fonte: Diretrizes Curriculares do curso de Educação Física (BRASIL, 2004).

Legenda
EF: Educação Física.
PEF: profissional de Educação Física.

Agora, atente-se aos desafios a serem superados, descritos a seguir:

Quadro 4.7 | Profissional de educação física e seus desafios na atenção primária

Desafios a serem superados: a inserção do profissional de Educação Física na atenção primária à saúde
Ampliar seu escopo no que se refere à promoção e proteção à saúde.
Inserção do PEF no NASF é uma oportunidade de uma maior interdisciplinaridade na promoção da saúde.
Não apenas ensinar exercícios físicos, mas oferecer maior qualidade de vida ao indivíduo/comunidade.
Obtenção de apoio dos gestores de saúde, portanto, deve estar claro a função do PEF tanto na prevenção de doenças quanto na promoção de saúde - sua atuação se dá por meio das atividades físicas, desportivas e recreativas.
Maior aproximação com os profissionais que já atuam no setor.
Ações que incentivem hábitos fisicamente ativos na população devem ser desenvolvidas por meio de uma articulação multissetorial.
O PEF, na APS, deve direcionar sua prática para o aspecto educativo, e não apenas reproduzir a atividade física, pois ações com essa concepção ampliam as formas de atuação e de concepção da saúde na área da EF e vice-versa.
A inserção do PEF na APS deve incentivar hábitos saudáveis através de diferentes estratégias.
As relações entre profissionais promovem um trabalho integrado a partir do momento em que conhecem as competências e a importância de cada profissional para a atenção integral à saúde.
Dificuldades de se trabalhar em equipe – para resolvê-las é necessário que os envolvidos estejam abertos a compartilhar conhecimentos.
Considerar os objetivos do PEF, do serviço e do usuário, sendo igualmente importante que o PEF saiba adaptar esses elementos à sua prática, sem se descaracterizar em função dos interesses institucionais.
A indefinição das atribuições dos PEF, por parte do serviço, e a inexistência de um plano de metas para direcionar o seu trabalho na APS, devem ser revistos.

Conhecimento prévio do sistema de saúde e do serviço facilita o reconhecimento do próprio profissional nesse contexto, ajudando-o a direcionar melhor as suas ações.
O espaço inadequado para o desenvolvimento das práticas corporais é um importante desafio ao trabalho do PEF. Diante disso, o MS instituiu o PAS (2011), com o objetivo de criar espaços adequados a atividades de promoção da saúde, dentre elas a prática da atividade física. Este programa prevê a implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de modos de vida saudáveis.

Fonte: Falci; Belisário (2017).

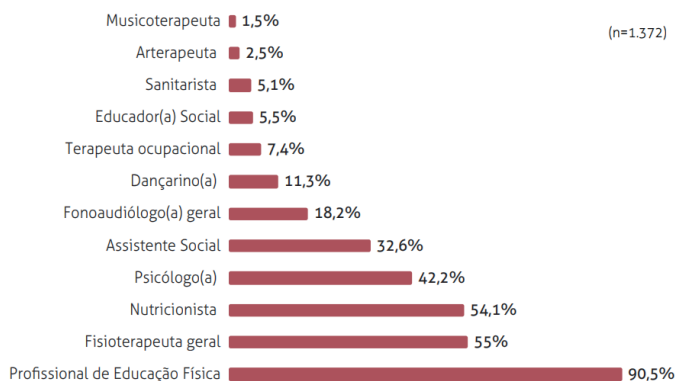
Legenda
PEF: Profissional de Educação Física.
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
MS: Ministério da Saúde.
PAS: Programa Academia da Saúde.
APS: Atenção Primária a Saúde

Avançando na prática

O profissional de Educação Física e o Programa Academia da Saúde: promoção da saúde, produção do cuidado e modos de vida saudáveis

Descrição da situação-problema

O Programa Academia da Saúde, ampliado em 2013, tem o objetivo de contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e modos de vida saudáveis, sendo as práticas corporais um de seus diversos eixos de ação. Nesse sentido, sejam profissionais de Educação Física ou dançarinos, psicólogos ou fisioterapeutas, é essencial que os profissionais que atuam no polo estejam alinhados ao objetivo principal do programa e compartilhem uma visão comum sobre a promoção da saúde. Acompanhe novamente a Figura 4.8:

Figura 4.8 | Polos do programa academia da saúde em funcionamento, segundo categorias profissionais que atuam nos polos – Brasil, maio/2016

Fonte: Brasil (2017).

Ressalta-se a importância de se promover ações de educação permanente, bem como da definição de espaços de discussão que propiciem a troca de saberes e o planejamento conjunto, sendo a interdisciplinaridade orientadora para a atuação da equipe no Programa Academia da Saúde.

Quais ações podem ser desenvolvidas pelos profissionais de Educação Física nos polos vinculados ao Programa Academia da Saúde, em um contexto de grupo de usuários do SUS, que faz uso da UBS, o qual apresenta em comum a doença cardiovascular, um estilo de vida não saudável, bem como fatores de risco associados?

Resolução da situação-problema

Considerando o espectro de ações, bem como os objetivos do Programa Academia da Saúde, você deve traçar: objetivos, público-alvo e ações a serem desenvolvidas. É muito importante que essas definições estejam alinhadas com toda equipe de profissionais que estarão envolvidos nesse processo.

Objetivos das ações: promoção da saúde, produção do cuidado e modos de vida saudáveis.

Público-alvo: usuários com doença cardiovascular, com estilo de vida não saudável e fatores de risco associados.

Ações:

Promoção da saúde: incentivo à prática de atividades físicas no cotidiano, previstas tanto no lazer quanto no deslocamento, por exemplo, a substituição de transportes coletivos pela caminhada e/ou bicicleta, em trajetos possíveis.

Produção do cuidado: desenvolver e monitorar um programa de exercícios físicos (aeróbicos e resistidos), em torno de 2 vezes por semana, que sejam desenvolvidas nos polos de Academia da Saúde.

Modos de vida saudáveis: identificação de fatores de risco associados a doença cardiovascular, e construção coletiva com outros profissionais de saúde e os próprios usuários de metas relacionadas a mudanças de hábito, incorporando hábitos saudáveis que considerem a realidade sociocultural dos sujeitos.

Faça valer a pena

1. O profissional de Educação Física inserido no NASF é de fundamental importância, pois ele auxilia no desenvolvimento dos aspectos físicos, cognitivos e sociais, de modo a promover melhora da qualidade de vida da população. Atuando junto à equipe multiprofissional do NASF, o profissional de Educação Física amplia a abrangência da atenção primária, sendo responsável por desenvolver ações de atividades físicas e práticas corporais. Dentro dessa perspectiva:

I. O processo de trabalho do profissional de educação física deve ser caracterizado por ações isoladas, visando uma intervenção multiprofissional.

II. O reconhecimento do profissional de Educação Física como profissional da saúde é entendido como um ganho da profissão.

III. É preciso reconhecer os limites dos saberes já conhecidos (de cada uma das diferentes áreas de conhecimento), acompanhando os aspectos genéricos do processo saúde-doença.

Considerando a perspectiva de atuação do profissional de Educação Física junto ao NASF, pode-se afirmar que:

a) As afirmativas I, II e III estão corretas.

b) As afirmativas I e II estão corretas.

c) As afirmativas I e III estão corretas.

d) As afirmativas II e III estão corretas.

e) Apenas a afirmativa II está correta.

2. O espaço inadequado apontado como um importante desafio ao desenvolvimento do trabalho do profissional de Educação Física na atenção primária pode ser facilitado por meio do Programa Academia da Saúde, que tem como um de seus objetivos criar espaços adequados para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, como a prática da atividade física.

Dentre outros objetivos do Programa Academia da Saúde, temos o de contribuir com:

I. A promoção da saúde.

II. A produção do cuidado.

III. A manutenção de estilos de vida existentes na população.

Considerando os objetivos do Programa Academia da Saúde, pode-se afirmar que:

a) As afirmativas I, II e III estão corretas.

b) As afirmativas I e II estão corretas.

c) As afirmativas I e III estão corretas.

d) As afirmativas II e III estão corretas.

e) Apenas a afirmativa I está correta.

3. A saúde coletiva pode contribuir para desenvolver algumas competências, estabelecidas por algumas diretrizes curriculares, tais como:

I. Atenção à saúde (promoção, prevenção, cuidado integral).

II. Tomada de decisões (considerando as informações oportunas e análise dos contextos) e liderança (trabalho em equipe).

III. Comunicação (linguagem acessível, diálogo de saberes e referências) e educação permanente (capacidade de aprender pela experiência em coletivos e seguir aprimorando-se durante toda vida profissional).

IV. Administração e gerenciamento (do cuidado, de serviços e sistemas).

Considerando o profissional de Educação Física atuante no NASF, pode-se afirmar que dentre suas competências estão previstas:

a) As afirmativas I, II, III e IV.

b) Apenas as afirmativas I, III e IV.

c) Apenas as afirmativas I, II e IV.

d) Apenas as afirmativas II, III e IV.

e) Apenas as afirmativas I, II e III.

Referências

AGOSTINHO, Milena Rodrigues et al. Autopercepção da saúde entre usuários da atenção primária em Porto Alegre, RS, Brasil. **R. Bras. Med. Fam. e Comun.**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/175/128>. Acesso em: 22 jul. 2017.

AGUIAR; Carlos Clayton Torres et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n6/04.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2017.

AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BONFIM, José Ruben de Alcântara; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Jr, Marcos; De CARVALHO, Yara Maria (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 5-23, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v2n1-2/1413-8123-csc-02-1-2-0005.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017.

AZEVEDO, Ana Lucia Soares de et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a17v29n9.pdf >. Acesso em: 5 jul. 2017.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S181-S191, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2017.

BOING, Antonio Fernando et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 617-623, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/672/67240199005.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 3 ago. 2017.

______. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 7, de 31 de março de 2004**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces0704edfisica.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2017.

______. Ministério da Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde**: monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde: ciclo 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/panorama_nacional_academia_saude_2016.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2017.

______. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 31 jul. 2017.

______. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 31 jul. 2017.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica**: diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 13 set. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BONFIM, José Ruben de Alcântara; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Jr, Marcos; De CARVALHO, Yara Maria (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CARVALHO Yara M.; FREITAS Fabiana Fernandes. Atividade física, saúde e comunidade. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 489-506, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2006_3/artigos/yara_fabiana.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2017.

CARVALHO, Mauren Lopes de; FREITAS, Carlos Machado de. Pedalando em busca de alternativas saudáveis e sustentáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1617-1628, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a24.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

CEZARETTO, Adriana; FERREIRA-VIVOLO, Sandra Roberta G. Aspectos psicológicos em intervenções no estilo de vida: integralidade e interdisciplinaridade na busca de hábitos saudáveis. In: FLORINDO, Alex Antonio; ANDRADE, Douglas Roque. **Experiências de promoção da atividade física na Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: SBAFS - Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2015.

COELHO, Ivan Batista. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2010.

CONFEF - CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Resolução CONFEF nº 046/2002**. Dispõe sobre a intervenção do profissional de Educação Física e respectivas competências e define os seus campos de atuação profissional. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=82>. Acesso em: 31 jul. 2017.

______. **Código de Ética dos Profissionais de Educação Física – Resolução CONFEF nº 254/2013**. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Educação Física

registrados no Sistema CONFEF/CREFs. p. 22. Disponível em: <http://www.listasconfef.org.br/arquivos/CARTAS_2013.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2017.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a08.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017.

DICIONÁRIO INFORMAL. Estilo de vida. **Dicionário inFormal**, 2014. Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/estilo+de+vida/>. Acesso em: 8 jul. 2017.

FALCI, Denise Mourão; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 885-899, 2013.

FRANÇA, Cristineide Leandro et al. Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 2, p. 337-345, maio-ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/19.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

FREITAS, Fabiana Fernandes de; CARVALHO, Yara Maria de; MENDES, Valéria Monteiro. Educação Física e saúde: aproximações com a "clínica ampliada". **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 35, n. 3, p. 639-656, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbce/v35n3/09.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério de Geografia e Estatística – Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2017.

MARCUS, Marina et al. Depression: a global public health concern. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2017.

MARTIN, Leslie R. et al. The challenge of patient adherence. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 1, n. 3, p. 189–199, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1661624/pdf/tcrm0103-189.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

MELLO, Marco Túlio de et al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 11, n. 3, maio/jun. 2005. Disponível em: <http://ltc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20exerc%edcio%20f%edsico%20e%20os%20aspectos%20psicobiol%f3gicos.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerso Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017.

MOREIRA, Rodrigo O. et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 47, n. 1, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n1/a05v47n1.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a12v12n2>. Acesso em: 24 jul. 2017.

NAHAS, Markus V; BARROS, Mauro VG; FRANCALACCI, Vanessa. O pentáculo do bem-estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1002/1156>. Acesso em: 12 jul. 2017.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation, 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2017.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. Experimentação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIROS, Roseni. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 13-33.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n2/v8n2a08.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2017.

RASERA, Emerson Fernando; ROCHA, Rita Martins Godoy. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 10, p. 35-44, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a05v15n1.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

SCABAR, Thaís Guerreiro; PELICIONI, Andrea Focesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. J. **Health Sci. Inst.**, v. 30, n. 4, p. 411-418, 2012. Disponível em: <http://www.ceap.br/material/MAT15112013155223.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2017.

THEME FILHA, Mariza Miranda; SZWARCWALD, Célia Landmann; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 73-78, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6088.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017.